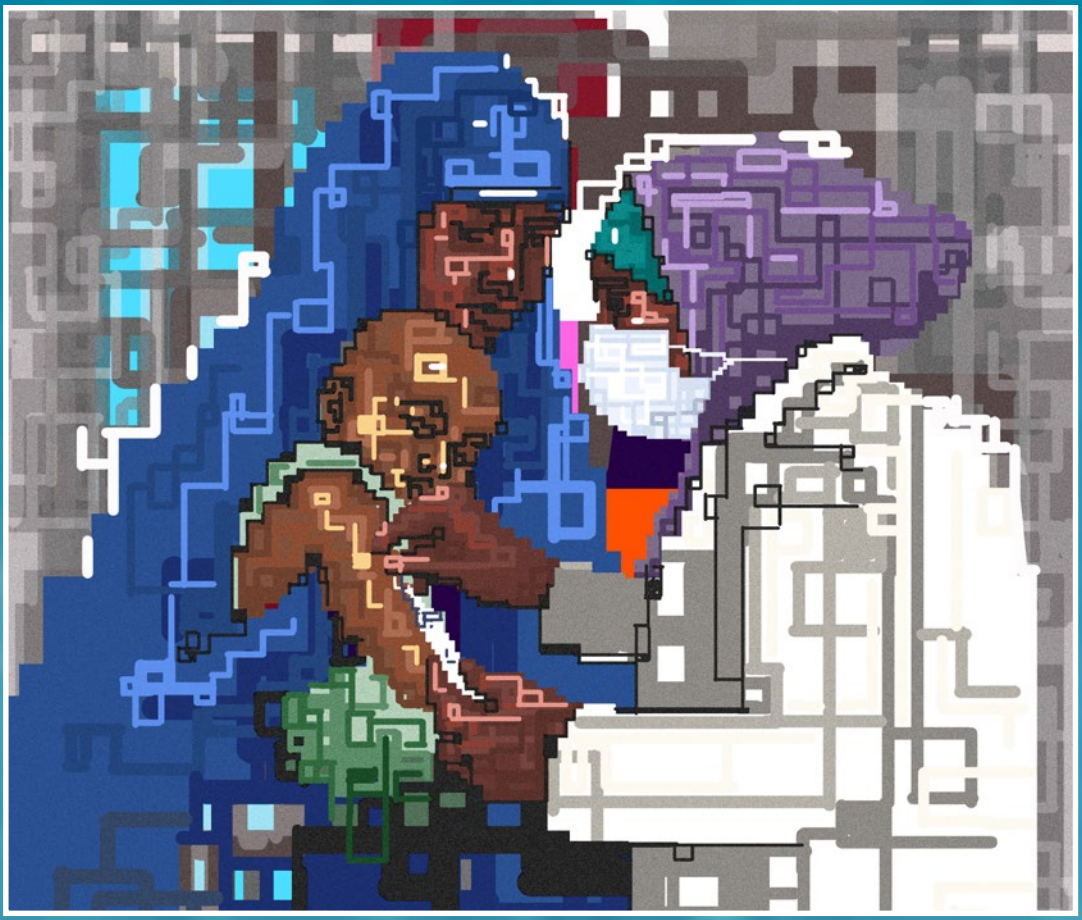
RAPPORT DE RECHERCHE ABRÉGÉ

Améliorer la couverture effective en matière de santé

Les incitations financières fonctionnent-elles ?



Damien de Walque, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff

Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen,
Anja Sautmann, Gil Shapira et Ellen Van de Poel

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Abrégé

AMÉLIORER LA COUVERTURE EFFECTIVE EN MATIÈRE DE SANTÉ : LES INCITATIONS FINANCIÈRES FONCTIONNENT-ELLES ?

Damien de Walque, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff

Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen,
Anja Sautmann, Gil Shapira et Ellen Van de Poel

Rapport de recherche

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Cet abrégé présente une vue d'ensemble du rapport *Améliorer la couverture effective en matière de santé : les incitations financières fonctionnent-elles ?* (doi : 10.1596/978-1-4648-1879-0). La version intégrale du rapport définitif, une fois publié, sera affichée en format PDF sur le site https://openknowledge.worldbank.org/. Des exemplaires du rapport peuvent également être commandés à l'adresse https://Amazon.com. Pour toute citation, reproduction et adaptation, veuillez utiliser la version définitive du rapport.

© 2022 Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale
1818 H Street NW, Washington, DC 20433
Téléphone : 202–473–1000 ; Internet : www.worldbank.org

Certains droits réservés

La publication originale de cet ouvrage est en anglais sous le titre de *Improving Effective Coverage in Health: Do Financial Incentives Work?* en 2022. En cas de contradictions, la langue originelle prévaudra.

Cet ouvrage a été établi par les services de la Banque mondiale avec la contribution de collaborateurs extérieurs. Les observations, interprétations et opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de la Banque mondiale, de son Conseil des Administrateurs ou des pays que ceux-ci représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans cet ouvrage. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes du présent ouvrage n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que l'institution reconnaît ou accepte ces frontières.

Rien de ce qui figure dans le présent ouvrage ne constitue ni ne peut être considéré comme une limitation des privilèges et immunités de la Banque mondiale, ni comme une renonciation à ces privilèges et immunités, qui sont expressément réservés.

Droits et autorisations

L'utilisation de cet ouvrage est soumise aux conditions de la licence Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO) http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/. Conformément aux termes de la licence Creative Commons Attribution (paternité), il est possible de copier, distribuer, transmettre et adapter le contenu de l'ouvrage, notamment à des fins commerciales, sous réserve du respect des conditions suivantes :

Mention de la source — L'ouvrage doit être cité de la manière suivante : de Walque, Damien, Eeshani Kandpal, Adam Wagstaff, Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann, Gil Shapira et Ellen Van de Poel. 2022. Améliorer la couverture effective en matière de santé : les incitations financières fonctionnent-elles ? Abrégé. La Banque mondiale, Washington, DC. Licence: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

Traductions — Si une traduction de cet ouvrage est produite, veuillez ajouter à la mention de la source de l'ouvrage le déni de responsabilité suivant : *Cette traduction n'a pas été réalisée par la Banque mondiale et ne doit pas être considérée comme une traduction officielle de cette dernière. La Banque mondiale ne saurait être tenue responsable du contenu de la traduction ni des erreurs qu'elle pourrait contenir.*

Adaptations — Si une adaptation de cet ouvrage est produite, veuillez ajouter à la mention de la source le déni de responsabilité suivant : *Cet ouvrage est une adaptation d'une oeuvre originale de la Banque mondiale. Les idées et opinions exprimées dans cette adaptation n'engagent que l'auteur ou les auteurs de l'adaptation et ne sont pas validées par la Banque mondiale.*

Contenu tiers — La Banque mondiale n'est pas nécessairement propriétaire de chaque composante du contenu de cet ouvrage. Elle ne garantit donc pas que l'utilisation d'une composante ou d'une partie quelconque du contenu de l'ouvrage ne porte pas atteinte aux droits des tierces parties concernées. L'utilisateur du contenu assume seul le risque de réclamations ou de plaintes pour violation desdits droits. Pour réutiliser une composante de cet ouvrage, il vous appartient de juger si une autorisation est requise et de l'obtenir le cas échéant auprès du détenteur des droits d'auteur. Parmi les composantes, on citera, à titre d'exemple, les tableaux, les graphiques et les images.

Pour tous renseignements sur les droits et licences doivent être adressées à World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street, NW Washington, DC, 20433, USA ; courriel : pubrights@worldbank.org.

Image de couverture : © Uchenna Ohagwu. Reproduite avec l'autorisation de Uchenna Ohagwu. Autorisation nécessaire pour toute autre utilisation.

Table des matières

Avant-propos v

Remerciements ix

À propos des auteurs xi

Abréviations xv

Abrégé 1

Aperçu du rapport 2
Introduction 3
Pourquoi une couverture effective ? 6
Orientation régionale et thématique du rapport 9
Rémunération liée à la performance 10
Comprendre les obstacles à une couverture effective 11
Principales conclusions concernant les incitations financières à la prestation de soins de santé primaires dans les pays à faible revenu 18
Rémunération liée à la performance et principales options alternatives liées à l'offre et à la demande 22
Perspectives d'avenir : incidences pour la recherche et sur le plan opérationnel 29
Note 32
Bibliographie 33

Encadré

O.1 Point de mire : éléments d'action pour les équipes travaillant sur la réforme du financement de la santé 25

Figures

O.1 Contours de la couverture effective pour les soins prénatals 8
O.2 État des lieux des systèmes de santé centralisés dans les pays à faible revenu 12
O.3 Disponibilité de médicaments et d'articles consommables, d'équipements et d'autres fournitures pour la prestation de soins prénatals 15
O.4 Écart entre la connaissance et la capacité et les actions dans la prestation de soins prénatals 16
O.5 Fourniture de soins inutiles dans le cadre des soins prénatals dans cinq pays d'Afrique subsaharienne 17
O.6 Effets du financement basé sur la performance sur la capacité physique des établissements au Cameroun et au Nigéria 19
O.7 Effets du financement basé sur la performance sur la capacité inutilisée – ou l'écart entre la connaissance et la capacité et les actions – au Cameroun et au Nigéria 20
O.8 Comparaison de l'effet combiné du financement basé sur la performance et du financement sans conditions des établissements dans cinq pays d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Nigéria, Rwanda, Zambie et Zimbabwe) 23
O.9 Effets du FBP, des « vouchers » et des transferts monétaires conditionnels sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile : résultats d'une méta-analyse 24

Avant-propos

Les pays ont fait, pendant des années, d'énormes progrès pour ce qui est d'améliorer l'accès aux services de santé. Cependant, d'importantes lacunes subsistent en matière d'équité d'accès à des soins de santé de qualité en raison de la fragilité des systèmes de soins de santé primaires. Et maintenant, la pandémie de COVID-19 (coronavirus) a mis en péril des décennies de progrès. La question à laquelle nous sommes tous confrontés désormais est de savoir comment retrouver les acquis d'avant la pandémie tout en accélérant la réalisation de l'équité et les progrès en vue d'avoir des effets plus importants et d'assurer la santé pour tous.

Des incitations financières ou une rémunération liée à la performance pour les établissements et agents de santé de première ligne ont été mises en œuvre dans de nombreux pays au milieu des années 2000 comme approche innovante pour remédier au problème des mauvais résultats obtenus en matière de santé dans les pays à faible revenu. Il s'agissait d'une rupture avec les modèles de financement précédents, qui avaient peu de lien avec les réalisations et les résultats. Les projets de financement basé sur la performance (FBP) comprenaient de telles incitations financières ainsi que d'autres réformes essentielles liées à la transparence et à la responsabilité. De plus, ces nouveaux projets étaient accompagnés d'un vaste portefeuille d'évaluations d'impact financées par le Fonds fiduciaire pour l'innovation dans les résultats de santé (Health Results Innovation Trust Fund) de la Banque mondiale.

Ces programmes – et, en fait, ce rapport – n'auraient pas été possibles sans la collaboration multidisciplinaire sans précédent entre les gouvernements clients et le personnel de recherche et opérationnel de la Banque mondiale, qui dure depuis 15 ans et porte sur près de 40 pays et qui est motivée par le désir non seulement d'étayer les programmes nationaux par

des données factuelles rigoureuses, mais aussi de contribuer au dialogue mondial sur l'amélioration des systèmes de santé. Le rapport *Améliorer la couverture effective en matière de santé : les incitations financières fonctionnent-elles ?* examine, en s'appuyant sur cet investissement substantiel dans les connaissances et les données factuelles dans ce domaine critique, les résultats du FBP. Bien que les études soient centrées sur les pays à faible revenu et les services primaires, leur portée est impressionnante. Les plus grands programmes étudiés ici, comme ceux de l'Argentine, du Cameroun, du Nigéria, du Tadjikistan, du Rwanda et du Zimbabwe, portaient chacun sur des millions de ménages. Le rapport rassemble ces travaux et apporte une analyse supplémentaire en vue d'une évaluation des données factuelles sur la rémunération liée à la performance en particulier ainsi que des résultats plus larges des projets FBP.

Il ressort du rapport plusieurs conclusions importantes de haut niveau. Le rapport indique que les projets FBP ont produit des résultats en matière de santé par rapport au statu quo, bien que ces acquis ne résultent pas nécessairement des incitations financières spécifiques et des composantes de suivi inclues dans ces projets. Si la transparence, la responsabilité et le financement direct des établissements de première ligne ont produit des résultats, les données factuelles ne montrent pas d'avantages supplémentaires de la rémunération liée à la performance pour les travailleurs de première ligne qui l'emportent sur ses coûts. Plus précisément, de nombreux aspects de l'amélioration de la qualité des soins échappent largement au contrôle des agents de santé. Ainsi, une réforme efficace du financement de la santé pourrait signifier abandonner la rémunération liée à la performance et conserver d'autres aspects importants des projets FBP qui produisent des résultats similaires. Le rapport examine également le côté de la demande et souligne que les transferts monétaires et les « vouchers » peuvent faire partie de la solution pour une couverture plus effective dans les contextes à faible demande.

Les messages d'ordre opérationnel et en matière de politiques qui émergent du rapport sont convaincants, comme le montre de manière détaillée le dernier chapitre. Les établissements de santé peuvent obtenir de meilleurs résultats lorsqu'ils disposent d'une autonomie budgétaire, de flexibilité et de systèmes de paiement unifiés, et les budgets des établissements de santé peuvent être axés sur les résultats et avoir un impact même sans rémunération liée à la performance explicite. Dans des contextes où il est peut-être

opportun d'adopter la rémunération liée à la performance, les nouvelles technologies peuvent être utilisées pour réduire les coûts de la mise en œuvre et du suivi.

Bien que l'analyse réalisée dans le rapport s'appuie sur des données antérieures à la crise de la COVID-19, les conclusions sont plus cruciales que jamais alors que le monde s'emploie à assurer à la reprise et a une occasion sans précédent de repenser la façon dont les pays construisent des systèmes de santé, les financent et fournissent des services dans l'optique de l'objectif de la santé pour tous.

Carmen M. Reinhart
Première vice-présidente et économiste en chef
Département de l'économie du développement
Banque mondiale

Mamta Murthi
Vice-présidente
Développement humain
Banque mondiale

Mars 2022

Remerciements

Ce rapport a été élaboré sous la direction d'Adam Wagstaff, qui était le responsable de l'équipe du développement humain du Groupe de la recherche sur le développement au moment de son décès, à l'âge de 61 ans, le 10 mai 2020. Il n'est pas besoin de présenter Adam, l'un des chefs de file mondiaux en matière de financement de la santé et de réforme des systèmes de santé.

Lors des séances de planification en vue de l'élaboration du rapport, il a formulé une vision forte pour une approche directe et fondée sur des données probantes pour aborder le sujet difficile qu'est la conception d'une réforme du financement de la santé qui soit durable et évolutive. Il souhaitait particulièrement documenter les effets de cette réforme sur la qualité des soins dispensés et l'équité. Adam a fait en sorte que, dans le rapport, l'accent soit mis sur la couverture effective. Tout en nous poussant intellectuellement, Adam a également plaidé pour que ce travail de recherche soit clairement diffusé et que ses résultats soient traduits en actions concrètes auxquelles les décideurs pourraient se référer lors de l'élaboration des programmes de financement de la santé. Sa curiosité intellectuelle et sa rigueur ont amené l'équipe à poser des questions importantes et pertinentes en matière de politiques et à y répondre aussi bien que les données disponibles le permettent sans hésiter à admettre ce que nous ne savons pas.

Nous sommes reconnaissants d'avoir eu l'occasion de connaître Adam, de travailler avec lui et d'apprendre de lui. Bien qu'il nous manque profondément, sa chaleur, son sens de l'humour et sa collégialité nous ont inspirés et motivés tout au long du processus d'élaboration du rapport. En son absence, nous nous sommes efforcés de rédiger un rapport sur lequel nous espérons qu'Adam serait heureux de voir figurer son nom.

Le rapport a été élaboré par une équipe dirigée par Damien de Walque, Eeshani Kandpal et Adam Wagstaff, avec Jed Friedman, Sven Neelsen, Moritz Piatti-Fünfkirchen, Anja Sautmann, Gil Shapira et Ellen Van de Poel.

L'équipe remercie sincèrement Francisca Ayodeji Akala, Harold Alderman, Paulin Basinga, Sebastian Bauhoff, Kathleen Beegle, Mickey Chopra, Mariam Claeson, Jishnu Das, Asli Demirgüç-Kunt, Shantayanan Devarajan, Tania Dmytraczenko, David Evans, Francisco Ferreira, Deon Filmer, Guenther Fink, Emanuela Galasso, Roberta Gatti, John Giles, Amanda Glassman, Michele Gragnolati, Stuti Khemani, Aart Kraay, Joe Kutzin, Ken Leonard, Magnus Lindelow, Benjamin Loevinsohn, Bruno Meessen, Manoj Mohanan, Mamta Murthi, Ayodeji Oluwole Odutolu, Berk Özler, Elina Pradhan, Carmen Reinhart, Daniel Rogger, Norbert Schady, Mahvish Shaukat, Gaston Sorgho, Juan Pablo Uribe, Petra Vergeer, Christel Vermeersch, Monique Vledder, David Wilson, Sophie Witter, Michael Woolcock et Feng Zhao pour leurs commentaires à différentes étapes de ce travail. Fozia Aman, Salome Drouard, Pablo Amor Fernandez, Diwakar Kishore, Sneha Lamba, Carolina Lopez, Mayra Saenz et Jeanette Walldorf ont fourni une aide exceptionnelle en matière de recherche. Nous remercions Antonn Park pour l'édition du rapport. Nous reconnaissons également avec gratitude l'appui apporté par les fonds fiduciaires suivants gérés par la Banque mondiale : Fonds fiduciaire pour l'innovation dans les résultats de santé (Health Results Innovation Trust Fund) ; Mécanisme de Financement Mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents) ; et le Programme Connaissances pour le Changement (Knowledge for Change Program).

À propos des auteurs

Auteurs principaux

Damien de Walque est économiste principal au sein du Groupe de la recherche sur le développement (équipe Développement humain) de la Banque mondiale. Ses intérêts de recherche incluent la santé et l'éducation et leurs interactions. Les travaux actuels de de Walque portent sur l'évaluation de l'impact des incitations financières sur les résultats en matière de santé et d'éducation. Il travaille sur l'évaluation de l'impact des interventions et des politiques de lutte contre le VIH/SIDA dans plusieurs pays africains. En ce qui concerne l'offre de services de santé, il gère un large portefeuille d'évaluations d'impact du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé. De Walque a également édité un livre sur les comportements à risque pour la santé (tabagisme, drogue, alcool, obésité et rapports sexuels à risque) dans les pays en développement. Il est titulaire d'un doctorat en économie de l'Université de Chicago.

Eeshani Kandpal est économiste principal au sein du Groupe de la recherche sur le développement (équipe Pauvreté et inégalité) de la Banque mondiale. Ses recherches examinent deux types d'incitations financières : 1) les transferts monétaires aux ménages pauvres et 2) les contrats de rémunération liée à la performance avec les agents et établissements de santé visant à améliorer la prestation des soins de santé primaires. Elle s'intéresse particulièrement aux éléments de conception tels que les mécanismes de ciblage des transferts monétaires et les régimes de tarification optimaux pour la prestation des services de santé, ainsi que les retombées des contrats incomplets ou des méthodes de ciblage. Kandpal est titulaire d'un doctorat en économie appliquée de l'Université de l'Illinois à Urbana-Champaign.

Adam Wagstaff a été directeur de recherche au sein du Groupe de la recherche sur le développement (équipe Développement humain) de 2009 à son décès en mai 2020. Il a obtenu son doctorat en économie à l'Université de York. Avant d'entrer à la Banque mondiale, il était professeur d'économie à l'Université du Sussex. Il a été rédacteur en chef adjoint du Journal of Health Economics pendant 20 ans et a publié de nombreux articles sur divers aspects du domaine, notamment le financement de la santé et la réforme des systèmes de santé ; la santé, l'équité et la pauvreté ; l'évaluation de la santé ; la demande et la production de santé ; la mesure de l'efficacité ; et les drogues illicites et la lutte antidrogue. Une grande partie de ses travaux récents a porté sur l'assurance maladie, le financement de la santé, la vulnérabilité et les chocs sanitaires, et la réforme du paiement des prestataires. Wagstaff avait une vaste expérience concernant la Chine et le Viet Nam, mais a également travaillé sur des pays d'Afrique, d'Amérique latine, d'Asie centrale, d'Asie du Sud et d'Europe, ainsi que sur des pays d'Asie de l'Est. En dehors de l'économie de la santé, il a publié des ouvrages sur la mesure de l'efficacité dans le secteur public, la mesure du pouvoir syndical, l'effet redistributif et les sources de progressivité de l'impôt sur le revenu des personnes physiques et l'effet redistributif de la croissance économique.

Auteurs collaborateurs

Jed Friedman est économiste principal au sein du Groupe de la recherche sur le développement (équipe Pauvreté et inégalité) de la Banque mondiale. Ses intérêts de recherche incluent la mesure du bien-être et de la pauvreté ainsi que l'évaluation des politiques sanitaires et sociales. Son travail actuel consiste à étudier l'efficacité des réformes du financement de la santé, les gains nutritionnels et de développement des programmes d'investissement dans la petite enfance et l'incorporation de nouvelles approches de mesure du bien-être fondées sur des enquêtes. Friedman est titulaire d'un doctorat en économie de l'Université du Michigan.

Sven Neelsen est économiste au Pôle mondial d'expertise en Santé, nutrition et population de la Banque mondiale, où il se concentre sur la mesure et le suivi de l'objectif de développement durable 3.8 (Couverture sanitaire universelle) et participe à l'évaluation et à la mise en œuvre des réformes du financement de la santé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Il a étudié de manière approfondie les effets des extensions de la

couverture sanitaire et des chocs sanitaires sur les paiements médicaux directs, la couverture des services de santé et la consommation des ménages parmi les pauvres au Pérou et en Thaïlande. Neelsen est titulaire d'un doctorat en économie de l'Université Ludwig Maximilian de Munich.

Moritz Piatti-Fünfkirchen est économiste principal à la Banque mondiale et travaille sur le lien entre la gestion des finances publiques et la santé. Il s'intéresse aux modalités permettant de concilier le contrôle budgétaire et les besoins de prestation de services et a écrit de nombreux ouvrages sur l'utilisation des systèmes d'information de gestion financière. Son travail est actuellement axé sur les réformes dans la région Afrique, où il dirige divers programmes d'analyse, notamment sur le recours à des solutions technologiques de rupture. Avant de rejoindre la Banque mondiale, Piatti-Fünfkirchen a travaillé comme conseiller au ministère de la Santé à Zanzibar (Tanzanie), où il a aidé le gouvernement en matière de gestion budgétaire et de réformes du financement de la santé. Il est titulaire d'une maîtrise en économie du développement de l'Université d'Oxford et d'une maîtrise en économie de l'Université d'Aberdeen.

Anja Sautmann est économiste de recherche au sein du Groupe de la recherche sur le développement (équipe Développement humain) de la Banque mondiale. Ses recherches portent sur la manière dont les ménages et les individus prennent des décisions, des soins de santé pour les enfants à la consommation quotidienne, en passant par le mariage, et comment les incitations et le comportement individuel façonnent la conception optimale des politiques. Une grande partie de son travail concerne la demande de soins primaires publics au Mali. Avant de rejoindre la Banque mondiale, Sautmann a été professeur assistant à l'Université Brown (2010-2017) et directeur de la recherche, de l'éducation et de la formation au Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab du Massachusetts Institute of Technology (2017-2020). Elle a obtenu son doctorat en économie à l'Université de New York et est affiliée au réseau de recherche CESifo.

Gil Shapira est économiste au sein du Groupe de la recherche sur le développement (équipe Développement humain) de la Banque mondiale. Ses recherches portent sur l'analyse des problèmes démographiques et sanitaires dans les pays en développement. Son travail actuel comprend l'étude de l'efficacité des réformes du financement de la santé, les effets indirects de la pandémie de COVID-19 et les facteurs à l'origine des lacunes et des inégalités dans la qualité des services de santé en Afrique subsaharienne.

Shapira a obtenu sa licence en économie à l'Université Columbia et son doctorat en économie à l'Université de Pennsylvanie.

Ellen Van de Poel dirige le programme de travail sur le financement de la santé au sein du Mécanisme de Financement Mondial. Son équipe aide les pays à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies visant à accroître les ressources nationales pour la santé et à améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Avant de rejoindre le Mécanisme de Financement Mondial, Van de Poel était professeur associé d'économie de la santé à l'Université Erasmus de Rotterdam (Pays-Bas). Ses travaux de recherche, portant sur l'évaluation des réformes du financement de la santé et la mesure de l'équité en matière de santé, ont été publiées dans des revues de premier plan. Elle a obtenu son doctorat à l'Erasmus School of Economics.

Abréviations

CE	couverture effective
FBP	financement basé sur la performance
FBR	financement basé sur les résultats
FDE	financement direct des établissements
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SPO	soins postnatals
SPR	soins prénatals
TMC	transferts monétaires conditionnels
TPI	Traitement présomptif intermittent (paludisme)
VIH/sida	virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Abrégé

Principaux messages

1. Les incitations financières ou la rémunération liée à la performance accordées aux établissements et agents de santé de première ligne sont apparues comme un moyen innovant d'améliorer la quantité et la qualité des services de santé fournis. Cette approche du financement de la santé est née du statu quo décevant caractérisé par les mauvais résultats sanitaires obtenus dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire malgré une utilisation accrue des services.
2. Ce rapport présente de nouvelles données probantes et passe en revue la documentation existante pour évaluer les résultats de l'introduction de ces incitations financières.
   a. Le rapport accorde une attention particulière aux répercussions sur la couverture effective, une mesure qui adapte la couverture simple des soins à la qualité des soins fournis.
   b. Il y est posé la question de savoir quels sont les problèmes liés à la mauvaise qualité des soins qui peuvent être traités par des incitations financières aux agents de santé.
   c. Il y est en outre posé la question de savoir quel a été, en général, l'impact de ces incitations sur l'utilisation et la qualité des soins.
   d. Enfin, il y est posé la question de savoir dans quelle mesure le fait d'offrir ces incitations peut être comparé à certaines autres options essentielles : transferts monétaires, « vouchers » et financement direct des établissements de première ligne.
3. Une série d'études rigoureuses montrent que les projets de financement basé sur la performance (FBP), qui incluent la rémunération liée à la performance parmi d'autres caractéristiques essentielles, y compris les réformes en matière de transparence et de responsabilité, ont entraîné des gains de couverture mais beaucoup moins d'améliorations, s'il en est, de la qualité des services de santé fournis.

4. Par rapport au statu quo, les projets FBP offrent des gains d'une ampleur similaire à ceux des modalités de financement direct des établissements (FDE), qui transfèrent des fonds équivalents et s'accompagnent de réformes en matière de transparence et de responsabilité comme les projets FBP mais ne sont pas assorties d'incitations destinées spécifiquement aux agents de santé ni du suivi y afférent.
5. Les décideurs peuvent trouver le FBP attrayant en raison de l'obligation de rendre des comptes qu'impose son lien avec les résultats. Les réformes du FDE devraient donc intégrer des mesures telles que des portails ou des tableaux de bord permettant de suivre les flux de fonds et de fournir des informations en temps voulu sur la qualité et l'efficacité de la prestation des soins de santé. En outre, la rémunération liée à la performance ou les transferts monétaires ciblant les ménages peuvent compléter le financement des améliorations d'indicateurs choisis.

Aperçu du rapport

Le rapport Améliorer la couverture effective en matière de santé : les incitations financières fonctionnent-elles ? s'articule comme suit :

- **Abrégé —** L'abrégé présente un résumé des principales conclusions et des principaux messages du rapport.
- **Chapitre 1 : Introduction —** Le chapitre 1 décrit l'état des lieux en matière de prestation de services de soins de santé maternelle et infantile, l'accent étant mis sur la façon dont les soins sont financés avec et sans incitations supplémentaires liées à la demande ou à l'offre. Il y est également question de l'énigme que représente une couverture croissante allant toutefois de pair avec des résultats demeurant médiocres, d'où la nécessité de se pencher sur la couverture effective et les incitations financières en vue d'assurer une couverture effective.
- **Chapitre 2 : Couverture effective : un cadre alliant couverture et qualité —** Le chapitre 2 tente de répondre à la question « Qu'est-ce qu'une couverture effective, quelles en sont les répercussions pour l'efficacité ? »
- **Chapitre 3 : Qualité des soins : un cadre de mesure —** Le chapitre 3 porte sur la question « Comment la qualité des soins est-elle liée à une couverture effective, comment la mesurer et qu'est-ce qui la limite ? »

- **Chapitre 4 : Décomposer les obstacles à la qualité des soins à l'aide de données sur les consultations prénatales de cinq pays d'Afrique subsaharienne** — Le chapitre 4 présente de nouvelles données probantes sur les obstacles à la qualité des soins prénatals.
- **Chapitre 5 : Le financement basé sur la performance améliore la couverture des interventions de santé procréative, maternelle et infantile** — Le chapitre 5 présente des données probantes concernant l'impact du financement basé sur la performance sur la prestation des services, la qualité des soins, les ressources humaines et l'équité à ce jour.
- **Chapitre 6 : Alternatives au financement basé sur la performance** — Le chapitre 6 propose des scénarios alternatifs, notamment des incitations à la demande et le financement direct des établissements, grâce à un examen systématique et une méta-analyse. Il présente une analyse approfondie du financement direct des établissements.
- **Chapitre 7 : Financement basé sur la performance comme moyen de réforme du système de santé et mise en garde concernant la rémunération liée à la performance et les soins non pertinents** — Le chapitre 7 décrit le rôle du financement basé sur la performance dans le développement des systèmes de santé : éviter les soins non indiqués et le gaspillage des ressources, intégrer la mesure de la qualité dans les systèmes de santé et mesurer les effets plus larges de la réforme du financement de la santé.
- **Chapitre 8 : Conclusion et incidences opérationnelles** — Le chapitre 8 opérationnalise les principaux aspects du financement basé sur la performance compte tenu des données probantes présentées.

Introduction

Les incitations financières ou la rémunération basée sur la performance lient les paiements aux établissements et agents de santé à la quantité et à la qualité des services qu'ils fournissent. Ces incitations aux résultats sont apparues dans le financement de la santé du fait d'un statu quo décevant : en effet, les résultats sanitaires sont restés médiocres dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire malgré des investissements soutenus dans la prestation des services de santé et des augmentations parallèles de

l'utilisation des services au cours des deux dernières décennies (Eichler et Levine 2009). Les projets de financement basé sur la performance (FBP) – qui incluent la rémunération liée à la performance entre autres caractéristiques essentielles, notamment la réforme de la gestion des finances publiques, l'autonomie des établissements de santé, la décentralisation, la supervision de soutien aux acteurs de première ligne et la participation des populations – ont attiré les organismes de développement et les donateurs en raison des liens explicites qu'ils ont avec la transparence et le principe de responsabilité. Depuis la fin des années 2000, plus de 2,5 milliards de dollars ont été investis dans des projets FBP de prestation de services de santé primaires dans les pays à faible revenu. Ce rapport examine les données probantes sur l'impact de la rémunération liée à la performance en particulier, et des projets FBP plus largement, sur la couverture, la couverture effective, les résultats en matière de santé, ainsi que la qualité des actes médicaux et des infrastructures.

Dans le rapport, la couverture effective est utilisée en grande partie comme mesure de la performance. C'est une mesure qui allie une couverture sanitaire simple à un contenu et une qualité de niveau minimal. Il est essentiel de tenir compte du contenu et de la qualité des soins pour comprendre pourquoi l'augmentation de l'utilisation des services peut ne pas se traduire par une amélioration des résultats sanitaires. Si le contenu et la qualité des soins peuvent, semble-t-il, relever des établissements et agents de santé de première ligne – après tout, il appartient à l'agent de santé de fournir des soins pertinents dans toute interaction entre le patient et le prestataire –, il existe d'autres obstacles à la qualité qui échappent au contrôle de l'établissement ou de l'agent de santé.

Pour comprendre pourquoi le contenu et la qualité des soins pourraient être insuffisants et les possibilités de les améliorer au moyen de la rémunération liée à la performance, le rapport aborde les facteurs limitant le contenu des soins grâce à une application empirique d'un cadre théorique aux soins prénatals dans cinq pays d'Afrique saharienne. Ce cadre décompose les obstacles à la qualité des soins et présente les différents niveaux auxquels ils se situent (Ibnat et al. 2019). Ces obstacles comprennent notamment une capacité physique insuffisante au niveau des établissements de santé ; les connaissances des agents de santé, qui sont généralement produites en amont du système de santé, dans les facultés de médecine ; et l'effort des agents de santé, qui est la seule composante relevant directement de l'agent de santé et donc potentiellement sensible à la rémunération liée à la performance de ce dernier. Par exemple, dans un système de santé

centralisé où les établissements de santé de première ligne ne reçoivent pas un budget de fonctionnement adéquat, ce qui est trop souvent la réalité institutionnelle dans de nombreux pays à faible revenu, si un équipement tombe en panne ou s'il y a une rupture de stock de médicaments, il se peut qu'un agent de santé ne soit pas en mesure de fournir les soins nécessaires parce qu'il ne dispose pas de l'infrastructure requise pour le faire. La rémunération liée à la performance peut être une incitation pour les établissements et agents de santé de première ligne, mais elle ne résout que les problèmes de qualité à ces niveaux. Or, les données montrent que les lacunes en matière d'infrastructure physique et de disponibilité des médicaments et des fournitures sont considérables. En d'autres termes, de nombreux obstacles à la qualité ne relèvent ni de l'établissement de santé ni de l'agent de santé, ce qui laisse penser que la rémunération liée à la performance ne pourrait améliorer la couverture, la couverture effective ou la qualité des soins que de façon limitée.

Le rapport examine ensuite l'impact de la rémunération liée à la performance et, plus généralement, des projets FBP sur les systèmes de santé dans les pays à revenu élevé et les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et offre de nouvelles données probantes provenant de multiples évaluations d'impact rigoureusement conçues. Il ressort des données que les projets FBP ont permis d'améliorer la prestation des services de santé primaires, même dans les systèmes de santé centralisés des pays à faible revenu. Toutefois, des questions d'efficacité et d'effectivité comparatives se posent lorsqu'on compare les projets FBP à d'autres interventions liées aux incitations financières du côté de la demande et de l'offre. En ce qui concerne la demande, le rapport examine les transferts monétaires conditionnels et les « vouchers », tandis que pour l'offre, il examine le financement direct des établissements (FDE), modalité qui partage de nombreuses caractéristiques des projets FBP (comme l'octroi d'un budget de fonctionnement aux premières lignes et d'une autonomie pour le décaissement du budget), mais n'inclut pas la rémunération liée à la performance.

Les résultats montrent que les incitations financières liées à la demande et à l'offre peuvent accroître la couverture. Cependant, ces incitations ont généralement un effet marginal, tandis que des gains importants de couverture effective restent un objectif insaisissable. L'examen et l'interprétation de ces résultats soulignent l'importance du cadre institutionnel. La rémunération liée à la performance peut se justifier dans des systèmes de santé décentralisés et de grande qualité qui favorisent déjà le financement

et l'autonomie des établissements, ainsi que la responsabilité et la transparence. En revanche, son impact potentiel peut être plus limité dans les systèmes de santé centralisés et sous-financés qui présentent des lacunes importantes à divers points. Le rapport montre en outre que les incitations liées à la demande et à l'offre peuvent avoir des effets marginaux qui se complètent en s'attaquant à différents facteurs limitants. Il met en évidence le rôle de la couverture, du contenu et de la qualité de base ; l'effort fourni par le prestataire en réaction au prix ; et la complémentarité des tâches en tant que déterminants essentiels de l'impact de la rémunération liée à la performance sur les indicateurs achetés. Le rapport fournit également des données probantes primaires avertissant que la rémunération liée à la performance peut inciter à fournir des soins inappropriés, inutiles ou non pertinents. Il plaide pour l'intégration de la qualité des soins de santé et de la mesure de l'efficacité dans la réforme du système de santé, en accordant l'attention à la fourniture insuffisante des soins nécessaires ainsi qu'à la fourniture de soins inutiles ou non pertinents, qui peuvent devenir une dimension importante de la qualité à mesure que les systèmes de soins de santé se développent. Prises ensemble, ces constatations montrent comment les équipes de programme et les décideurs peuvent combiner avec succès le financement lié à la demande et le financement lié à l'offre et mettent en évidence diverses questions qu'ils doivent se poser lors de la sélection des indicateurs pour lesquels la rémunération liée à la performance peut être utilisée. Le rapport se termine par un examen des incidences opérationnelles de ces constatations, en particulier en ce qui concerne la conception d'une réforme du financement de la santé durable et évolutive qui vise une amélioration substantielle de la couverture effective.

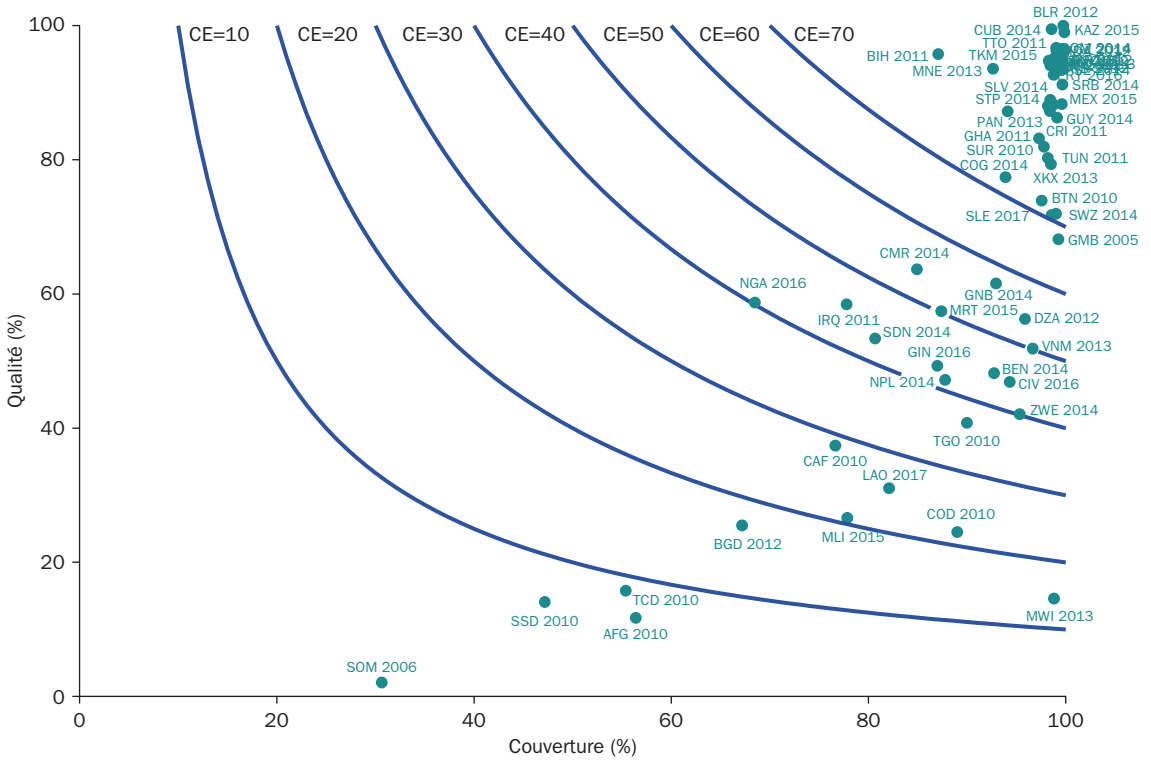
Pourquoi une couverture effective ?

Le but ultime des efforts de développement dans le domaine de la santé est d'assurer une meilleure santé aux populations des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Cet investissement est encore nécessaire car partout dans le monde en développement, la couverture des services de santé reste faible, en particulier parmi les pauvres, malgré les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (Wagstaff, Bredenkamp et Buisman 2014). Par exemple, l'accès équitable à des soins de santé abordables n'est pas une réalité pour bon nombre de femmes,

d'hommes, d'enfants et d'adolescents dans le monde en développement, ce qui entraîne chaque année plus de six millions de décès de causes évitables (OMS 2020). Cela est vrai tant pour les services de base, tels que la santé maternelle et infantile, que pour les services visant à prévenir et à traiter la menace émergente des maladies non transmissibles. En effet, Kruk et al. (2018) montrent que la majorité des décès néonataux et maternels dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont « évitables », c'est-à-dire qu'ils pourraient être évités en améliorant la qualité des soins.

Cette évaluation est encore plus nette si, au-delà de l'accès aux services médicaux, on considère la couverture effective, c'est-à-dire une couverture avec des services efficaces à un niveau minimum de qualité et de contenu. Un cadre pour une couverture effective présente comment ce concept peut être décomposé comme le produit de la couverture (les personnes qui ont besoin de soins les reçoivent) et de la qualité (traitement correct ou réussi parmi les personnes qui reçoivent des soins). Les estimations de la couverture effective et de ses deux composantes pour six états de santé (grossesse, paludisme infantile, diarrhée infantile, hypertension, tuberculose et VIH) à l'aide de données d'enquêtes auprès des ménages établissent d'abord que la couverture effective – et, par extension, la qualité des soins – est actuellement encore scandaleusement faible pour de nombreux problèmes de santé dans de nombreux contextes. La figure O.1 illustre, avec l'exemple des soins prénatals, comment l'examen de la couverture comparée à la couverture effective donne une perspective très différente. Elle montre les contours de la couverture effective et leurs composantes (la couverture et la qualité) pour les soins prénatals pour un large ensemble de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en utilisant les données des enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Chaque point représente une enquête avec le nom du pays abrégé et l'année de l'enquête. La couverture, sur l'axe horizontal, est exprimée en pourcentage de femmes qui accouchent et qui ont eu au moins une consultation prénatale. La qualité est définie comme la proportion de celles-ci qui ont eu au moins quatre consultations prénatales, dont au moins une avec un prestataire qualifié, et pour qui, lors de leurs consultations prénatales, la tension artérielle ainsi que des échantillons de sang et d'urine ont été prélevés. De nombreux pays sont situés dans le coin supérieur droit de la figure, ce qui indique à la fois une couverture et une qualité élevées et donc une couverture effective élevée. Cependant, il existe un autre groupe de pays plus bas, sur le côté droit du graphique, pour lesquels la couverture est élevée mais la qualité est inférieure (20 à 60 %).

Figure 0.1 **Contours de la couverture effective pour les soins prénatals**



Source : Banque mondiale, à partir des données d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

Note : Couverture : pourcentage de femmes qui ont accouché et qui ont eu au moins 1 consultation prénatale. Qualité : parmi les personnes couvertes, le pourcentage qui a eu 4 consultations ou plus, 1 consultation ou plus avec un prestataire qualifié, prise de tension artérielle et prélèvement d'échantillons de sang et d'urine (traitement correct). CE = couverture effective. Les codes ISO 3166-1 alpha-3 sont utilisés pour les abréviations des noms de pays (https://unstats.un.org/wiki/display/comtrade/Country+codes+in+ISO+3166).

Les estimations du rapport explorent plus en détail la question de savoir si c'est la couverture ou la qualité qui constitue le goulot d'étranglement pour une meilleure couverture effective, qui varie selon le problème de santé et le pays. En utilisant l'exemple du traitement du VIH, les résultats indiquent également des variations substantielles selon la richesse des ménages et le fait que, bien qu'au cours des dernières décennies, des progrès substantiels aient été enregistrés dans la couverture des pauvres – souvent plus que pour les ménages plus riches, même si les niveaux restent trop bas – les écarts importants de qualité se traduisent par une inégalité flagrante dans la couverture effective.

Orientation régionale et thématique du rapport

Poussée par la charge de morbidité dans les pays à faible revenu et le fait que dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire les soins sont fournis essentiellement au niveau primaire, l'introduction d'incitations financières a principalement visé les agents de santé de première ligne – ceux qui interviennent au niveau des soins primaires – et plus particulièrement les services de santé maternelle et infantile. C'est pourquoi le rapport se concentre sur les services de santé maternelle et infantile, l'essentiel des données primaires provenant de l'Afrique subsaharienne. En effet, les données montrent que la mauvaise qualité des soins, au-delà de l'accès à ceux-ci, est le principal obstacle à l'amélioration la mortalité maternelle et néonatale, y compris pour les soins prénatals, comme indiqué dans la figure O.1. Outre le fait que l'amélioration de la qualité des soins pourrait prévenir la plupart des décès maternels et néonatals (Kruk et al. 2018), les maladies maternelles et néonatales sont les deux principaux facteurs qui contribuent à la charge de morbidité dans les pays à faible revenu (IHME 2020). En effet, les cinq pays d'Afrique subsaharienne qui font l'objet d'une analyse détaillée dans le rapport (Cameroun, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Nigéria et République du Congo) contribuent à près de 20 % de la charge mondiale de mortalité maternelle (Kassebaum et al. 2014). Le rapport passe également en revue et met en lumière les données probantes pertinentes des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (par exemple, l'Argentine, l'Arménie, la République kirghize, le Tadjikistan, le Royaume-Uni et les États-Unis) et présente des données liées à l'impact des incitations financières pour les soins curatifs ainsi que la prévention des maladies non transmissibles.

Parmi les 26 évaluations d'impact achevées ou en cours des projets pilotes FBP sur la santé financés par la Banque mondiale, 19 portent sur la prestation de services de santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne (site Web RBFHealth).[1] Le rapport s'appuie sur 22 de ces 26 études, à divers degrés. L'analyse porte sur un sous-ensemble de huit pays, dont le choix a été motivé par les besoins en données. L'analyse des obstacles à la qualité des soins nécessite des observations cliniques directes des interactions entre patient et prestataire lors de la prestation de soins prénatals. La plupart des évaluations d'impact n'incluaient pas ces données, mais l'analyse effectuée dans le rapport s'appuie sur les cinq qui en avaient. De même, la comparaison du FBP avec l'alternative du FDE

s'appuie sur les évaluations d'impact des cinq pays (Cameroun, Nigéria, Rwanda, Zambie et Zimbabwe) figurant dans le portefeuille d'évaluation d'impact qui comprenaient cette option. Ainsi, non seulement l'analyse et les données probantes présentées ici représentent la part du lion des facteurs qui contribuent aux mauvais résultats en matière de santé, mais aussi elles fournissent des preuves pertinentes pour plusieurs contextes de pays à faible revenu.

Rémunération liée à la performance

Un large éventail d'interventions a été proposé et mis en œuvre pour résoudre le double problème de la faible qualité des soins et de l'accès insuffisant à des soins de grande qualité dans les pays à faible revenu. Toutefois, peu de progrès ont été réalisés, notamment en termes de résultats sanitaires. En raison de la frustration suscitée par le statu quo caractérisé par des gains substantiels en matière d'utilisation des services mais un nombre demeurant élevé et stagnant de décès évitables, la rémunération liée à la performance a pris de l'importance (Eichler et Levine 2009). Les premières preuves prometteuses de l'efficacité des incitations financières accordées aux agents de santé sous la forme d'une rémunération liée à la performance proviennent de pays à revenu élevé, notamment des États-Unis, du Royaume-Uni et de bien d'autres pays (Doran et al. 2006). En outre, les premières données probantes sur le programme FBP (la rémunération liée à la performance combinée à la réforme de la gestion des finances publiques, à l'autonomie des établissements de santé, à la décentralisation, à la supervision de soutien pour les acteurs de première ligne et à la participation des populations) de deux pays à faible revenu, le Burundi et le Rwanda, étaient également prometteuses. Les donateurs et les gouvernements ayant été attirés par la transparence, le principe de responsabilité et le lien avec les résultats qui caractérisent les programmes FBP (Fritsche, Soeters et Meessen 2014), des investissements importants ont été faits dans des projets FBP sur la santé primaire, avec un financement de 2,4 milliards de dollars de l'Association internationale de développement (Gergen et al. 2017). Il convient de noter qu'une part importante des financements provenant des donateurs était destinée à des évaluations d'impact rigoureuses. Le rapport prend du recul et examine toutes les données probantes, en s'appuyant fortement sur les évaluations d'impact des projets pilotes FBP dans les pays à faible revenu, en particulier la fourniture de services de santé

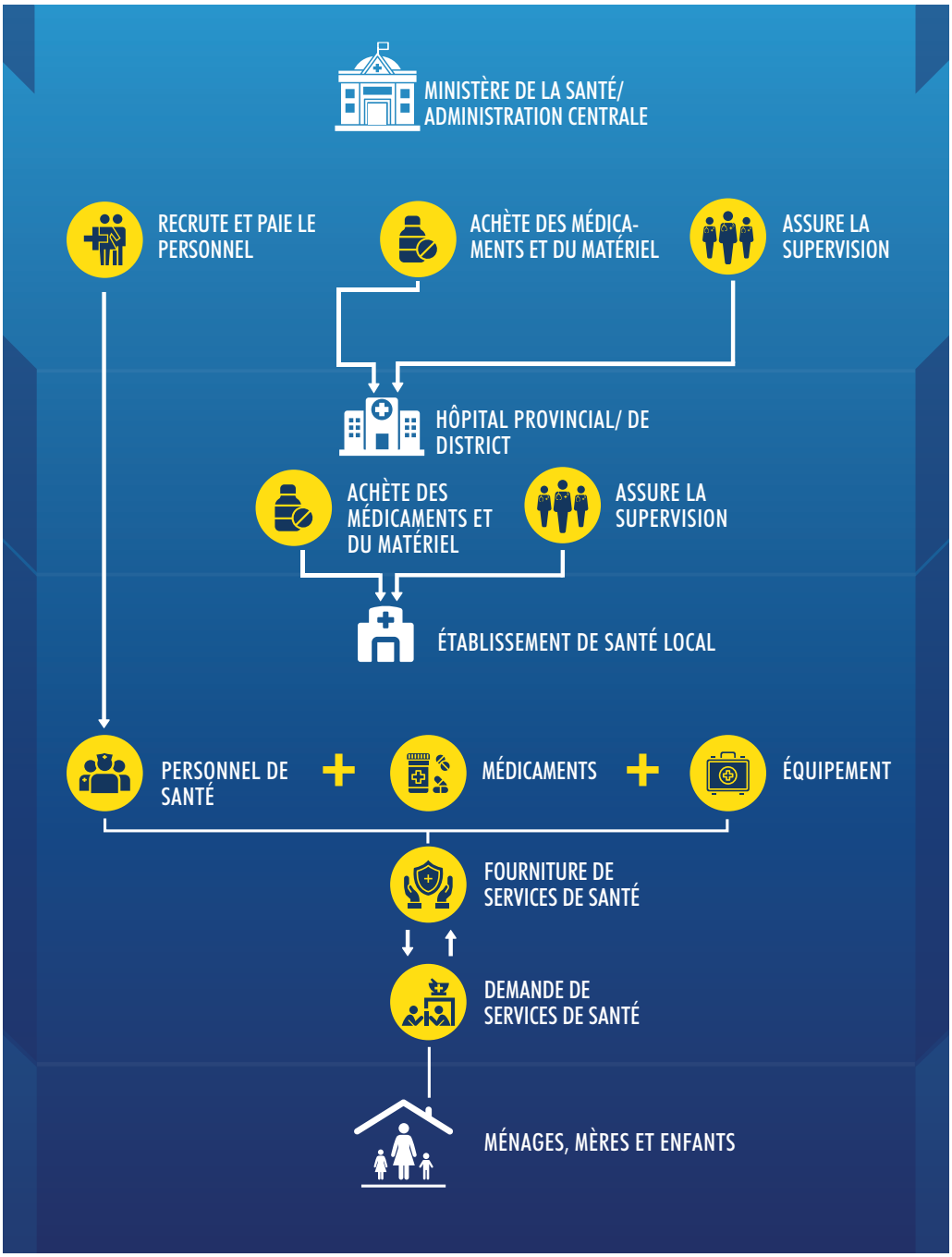
maternelle et infantile au niveau primaire en Afrique subsaharienne, pour évaluer l'impact du FBP.

Le rapport souligne l'importance du cadre institutionnel. Un nombre important des données sur l'efficacité de la rémunération liée à la performance pour ce qui est d'améliorer les services de santé et les résultats sanitaires proviennent de pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire. Plus précisément, l'expérience des pays à revenu élevé repose essentiellement sur la mise en œuvre de la rémunération liée à la performance pour des indicateurs donnés, sans interventions supplémentaires. Les systèmes de santé en question sont déjà de haute qualité, décentralisés et transparents et disposent de mesures de responsabilisation. De plus, tous les établissements de santé, y compris ceux de première ligne, disposent de budgets de fonctionnement et d'autonomie. Bon nombre des applications de la rémunération liée à la performance dans les milieux à faible revenu ont lieu dans un autre type de système de santé. La figure O.2 décrit le cas du système de santé modal dans un contexte de faible revenu. En règle générale, ces systèmes sont centralisés, sans budget de fonctionnement fourni aux établissements de santé de première ligne et sans autonomie en matière de gestion des établissements, de dotation en personnel ou d'achat d'équipements, de médicaments ou de fournitures. Le rapport s'appuie sur des données issues d'évaluations d'impact qui ont examiné l'efficacité des projets FBP, qui incluent la rémunération liée à la performance et une multitude d'autres réformes en matière d'autonomie, de transparence et de responsabilité. En tant que tel, il est difficile de faire une comparaison directe des interventions de rémunération liée à la performance dans les pays à revenu élevé avec les résultats des études des projets FBP.

Comprendre les obstacles à une couverture effective

Des preuves substantielles montrent que dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire la qualité des soins est médiocre, en particulier pour les pauvres (Kruk et al. 2018). Les incitations basées sur la performance supposent que les établissements ou les prestataires peuvent répondre aux incitations liées à la qualité en améliorant la qualité. Pour comprendre pourquoi la couverture effective est inférieure à la couverture, il faut comprendre pourquoi le taux de traitement pertinent n'est pas de 100 %. Comme le montre le rapport, de faibles taux de couverture effective peuvent survenir pour diverses raisons, et toutes ne relèvent pas de la

Figure 0.2 État des lieux des systèmes de santé centralisés dans les pays à faible revenu



Source : Banque mondiale.

volonté de l'établissement de santé ou de l'agent de santé. Les taux d'utilisation des services peuvent encore parfois être faibles dans les pays à faible revenu, en particulier pour les soins préventifs (Mills 2014). De plus, les maladies sont souvent mal diagnostiquées, et même lorsqu'elles sont bien diagnostiquées, il se peut que le traitement ou les interventions appropriés ne soient pas prescrits ou appliqués (Das, Hammer et Leonard 2008). En d'autres termes, même lorsque les soins sont accessibles, la qualité des soins reçus peut être médiocre, ce qui entraîne un écart entre la couverture et la couverture effective.

La question essentielle pour comprendre si des incitations financières comme la rémunération liée à la performance peuvent améliorer considérablement la qualité – et donc augmenter la couverture effective – est celle de savoir où se situent les divers obstacles à la qualité et dans quelle mesure chaque obstacle est important. Par exemple, il se peut que les établissements et agents de santé ne soient pas en mesure de remédier aux obstacles liés à la demande, ce qui entraîne une faible utilisation des services. En ce qui concerne l'offre, une faible couverture effective pourrait être due : 1) à un personnel mal formé qui ne sait pas comment traiter un patient, problème qui est à traiter en amont du système dans les facultés de médecine et par la formation professionnelle ; 2) au manque de capacités physiques, telles que l'équipement, les médicaments ou les fournitures essentiels, dont la solution ne relève probablement pas de l'agent de santé ; en effet, dans les systèmes centralisés, il se peut que cela échappe même au contrôle de l'établissement de santé de première ligne ; 3) le manque d'efforts des prestataires même s'ils ont toutes les connaissances et les capacités physiques nécessaires (Ibnat et al. 2019) ; ou 4) le traitement différencié des patients en fonction de leur statut socioéconomique (Fink, Kandpal et Shapira 2021). Comme le montre cette décomposition des obstacles à la qualité, seuls les efforts et peut-être certains des écarts résultant de la capacité physique relèvent du contrôle de l'agent ou établissement de santé. Cependant, une part importante de l'insuffisance des résultats reste inexpliquée par ces deux facteurs, et il est donc peu probable d'y remédier par la rémunération liée à la performance ou même les programmes FBP plus larges.

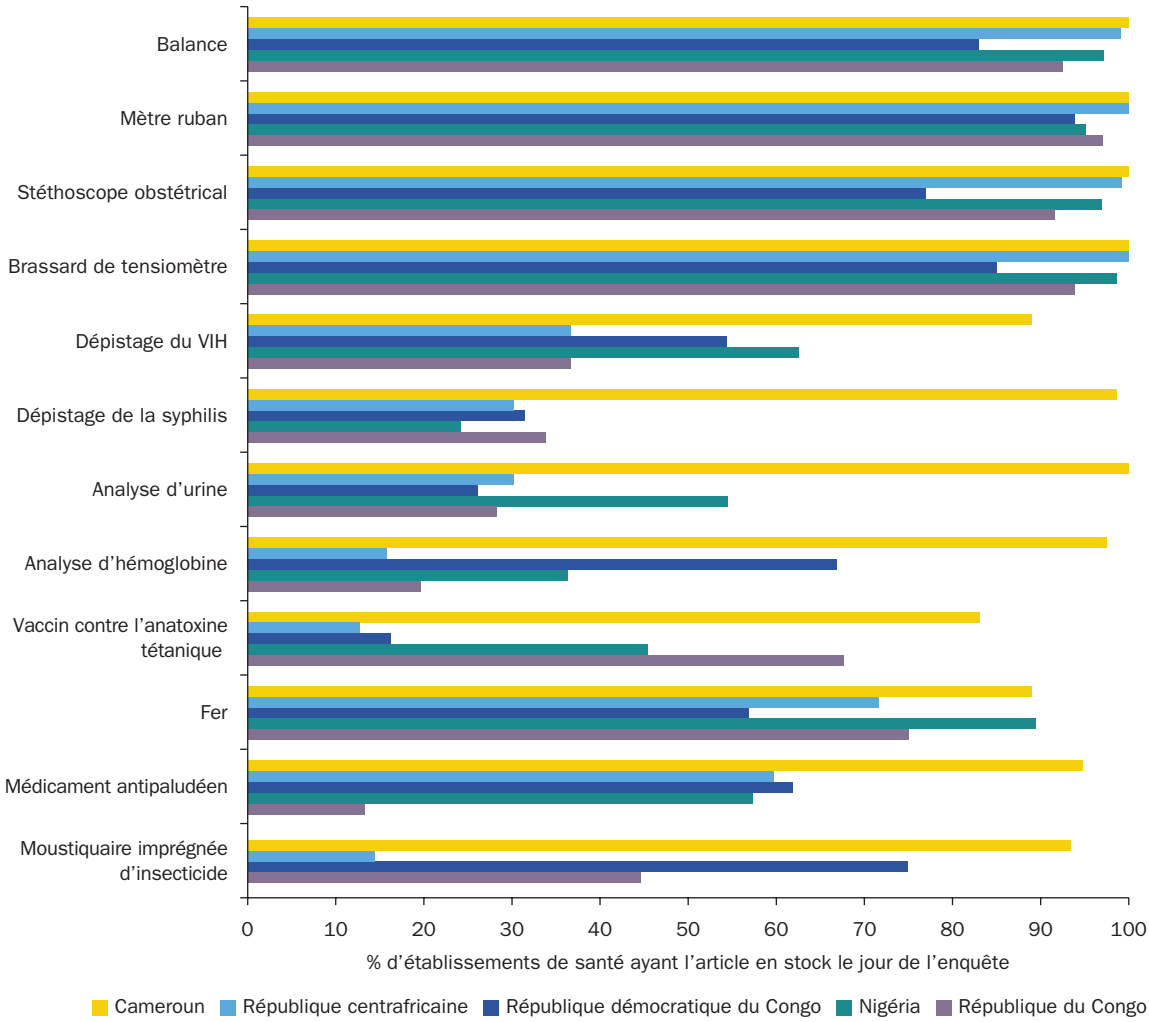
Le rapport illustre et quantifie les tailles relatives des différents obstacles à la qualité, et donc les limites de l'impact potentiel d'une intervention d'incitation financière destinée aux agents et établissements de santé de première ligne, au moyen d'une application empirique du modèle de trois écarts à un ensemble de données sur les consultations prénatales dans cinq

pays d'Afrique subsaharienne. Le rapport documente des contraintes dans de nombreux domaines, à commencer par les infrastructures. Comme le montre la figure O.3, malgré des décennies d'investissement dans les infrastructures, la mauvaise qualité structurelle est généralisée. Les établissements de certains pays sont mieux approvisionnés que d'autres, mais dans tous les pays examinés, les établissements qui sont censés fournir des soins de maternité manquent souvent même d'infrastructure et de matériel de base pour ces soins, la disponibilité de trousses de diagnostic des infections sexuellement transmissibles et d'articles comme les injections d'anatoxine tétanique étant particulièrement faible. Bon nombre des actes connexes, par exemple le fait d'administrer à une femme enceinte une injection d'anatoxine tétanique ou le dépistage du VIH, ont des liens clairs avec les résultats de santé maternelle et néonatale (Carroli, Rooney et Villar 2001). Ces insuffisances en matière de disponibilité représentent donc des lacunes importantes dans la capacité des établissements de santé à fournir des soins prénatals de qualité.

Au-delà des déficits d'infrastructures, le rapport fait état de résultats médiocres par rapport au protocole international. En particulier, il indique que la sous-performance est généralisée. Comme le montre la figure O.4, dans les cinq pays, les agents de santé n'exécutent qu'environ 50 à 60 % du protocole essentiel de l'Organisation mondiale de la Santé pour les soins prénatals. Pour évaluer les niveaux de capacité inutilisée, les niveaux de performance observés ont été rapportés à la capacité structurelle et aux connaissances des agents de santé. Les résultats montrent que jusqu'à un tiers de toutes les sous-performances peuvent être attribuées à une capacité inutilisée, ce qui signifie qu'un tiers du temps, les agents de santé ont toutes les connaissances et l'équipement nécessaires pour fournir une certaine composante des soins prénatals, mais ne le font toujours pas. Le rapport documente également des variations importantes entre les pays et dans ceux-ci (et entre les établissements et au sein de ceux-ci) en matière de capacité inutilisée, ce qui indique que même dans le pays où le niveau global de soins est le plus faible (la République démocratique du Congo), certaines femmes reçoivent des soins prénatals comparables en qualité aux soins prodigués dans le pays au niveau de soins le plus élevé (Cameroun).

Comme le montre la figure O.5, une mauvaise qualité des soins sous la forme d'écarts par rapport au protocole suppose non seulement un sous-traitement, mais aussi peut inclure un traitement inapproprié ou non pertinent. Généralement, les taux de surtraitement sont faibles mais peuvent atteindre 25 %. Cette constatation est frappante car la mesure des

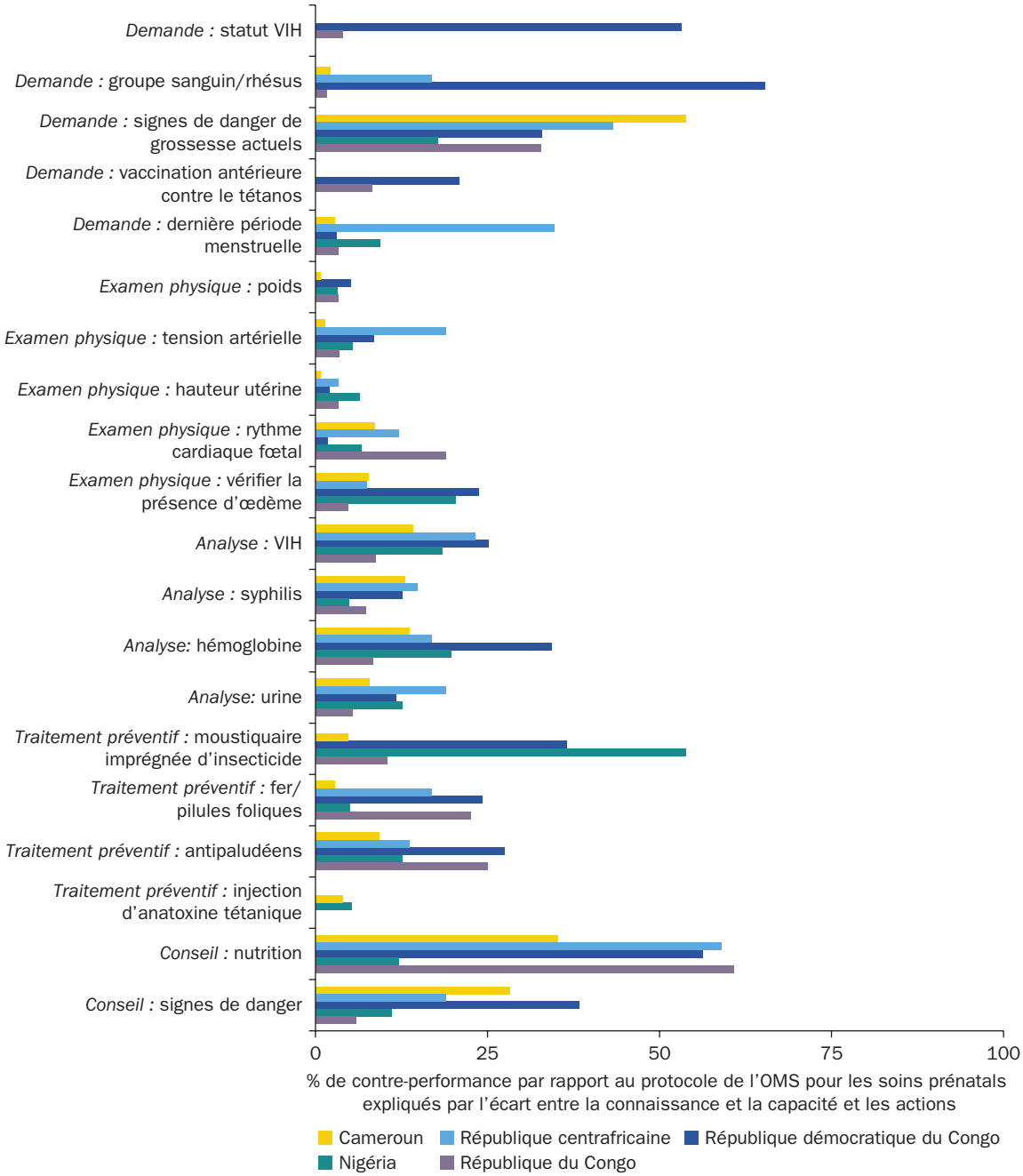
Figure 0.3 Disponibilité de médicaments et d'articles consommables, d'équipements et d'autres fournitures pour la prestation de soins prénatals



Source : Banque mondiale.

soins préventifs ne vise même pas à détecter le surtraitement, et une grande partie du surtraitement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire peut prendre la forme d'une utilisation non pertinente de médicaments (Kwan et al. 2019 ; Lopez, Sautmann et Schaner 2022), ce qui n'est pas mesuré dans les données. En effet, il n'y a que deux mesures solides d'un traitement inapproprié ou non pertinent dans les soins prénatals : l'administration du vaccin contre le tétanos pendant la grossesse sans vérifier si la

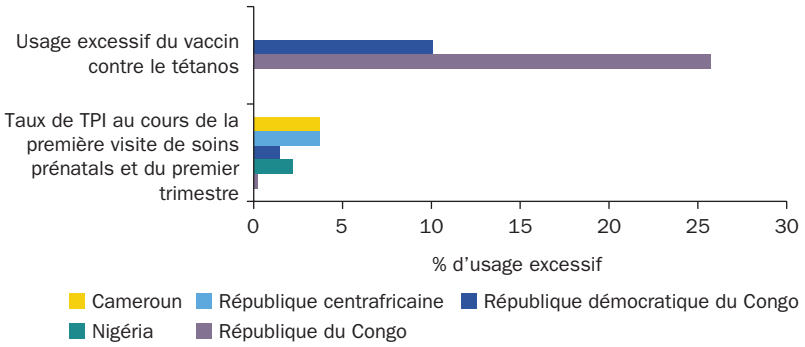
Figure 0.4 **Écart entre la connaissance et la capacité et les actions dans la prestation de soins prénatals**



Source : Banque mondiale.

Note : OMS : Organisation mondiale de la Santé.

Figure 0.5 Fourniture de soins inutiles dans le cadre des soins prénatals dans cinq pays d'Afrique subsaharienne



Source : Banque mondiale.

Note : On entend par usage excessif du vaccin contre l'anatoxine tétanique l'administration de ce vaccin sans vérifier la documentation pour voir si la femme enceinte en a déjà reçu un pour la grossesse en cours. Le traitement présomptif intermittent (TPI) fait référence à l'initiation d'un traitement prophylactique contre le paludisme, en utilisant la sulfadoxine/pyriméthamine sur ordonnance. Les directives recommandent un traitement prophylactique du paludisme à partir du deuxième trimestre de la grossesse. L'usage excessif du TPI est défini comme l'administration d'un tel traitement lors de la première visite de soins prénatals de la femme au cours de son premier trimestre.

femme enceinte a déjà reçu ledit vaccin, et l'application à un stade trop précoce d'un traitement prophylactique contre le paludisme qui est non seulement inutile mais aussi peut même être nocif pour le développement fœtal (Peters et al. 2007 ; Hernándes-Díaz et al. 2000). Pourtant, des prestations de soins inutiles ou non pertinentes sont constatées pour les deux mesures dans tous les contextes étudiés. Bien que la plupart des données sur les traitements non pertinents concernent les soins curatifs et non les soins préventifs, cette constatation motive les préoccupations suscitées par un traitement inapproprié et appelle une évaluation plus approfondie de celui-ci. Enfin, les résultats soulignent qu'un faible effort de la part des prestataires entraîne à la fois un sous-traitement et un traitement non pertinent ou inapproprié, souvent simultanément.

Les résultats montrent en outre que les efforts insuffisants des prestataires ne peuvent s'expliquer facilement par des facteurs tels que le niveau de l'établissement, l'âge, le grade ou l'expérience du prestataire ou même des caractéristiques du patient telles que l'âge et l'éducation, qui peuvent être supposées affecter la performance du prestataire. Ces efforts insuffisants peuvent expliquer jusqu'à un tiers de toutes les contre-performances par rapport au protocole adopté pour les soins prénatals, ce qui laisse

penser que la « simple » levée des contraintes structurelles et en matière de connaissances ne suffira pas à améliorer la qualité des soins. Par ailleurs, un examen des données montre la présence d'un gradient richesse-qualité élevé, ce qui indique que les patients les plus riches reçoivent des soins de meilleure qualité, même dans le même établissement. Toutefois, les données montrent également que, sous réserve de la qualité des soins, les patients les plus riches paient plus que les patients les plus pauvres. Prises ensemble, ces constatations mettent en évidence la nécessité d'interventions qui améliorent la capacité physique des établissements, comblent les principales lacunes de la formation médicale *et* renforcent les efforts des agents de santé (que ce soit en offrant des incitations financières ou par d'autres moyens).

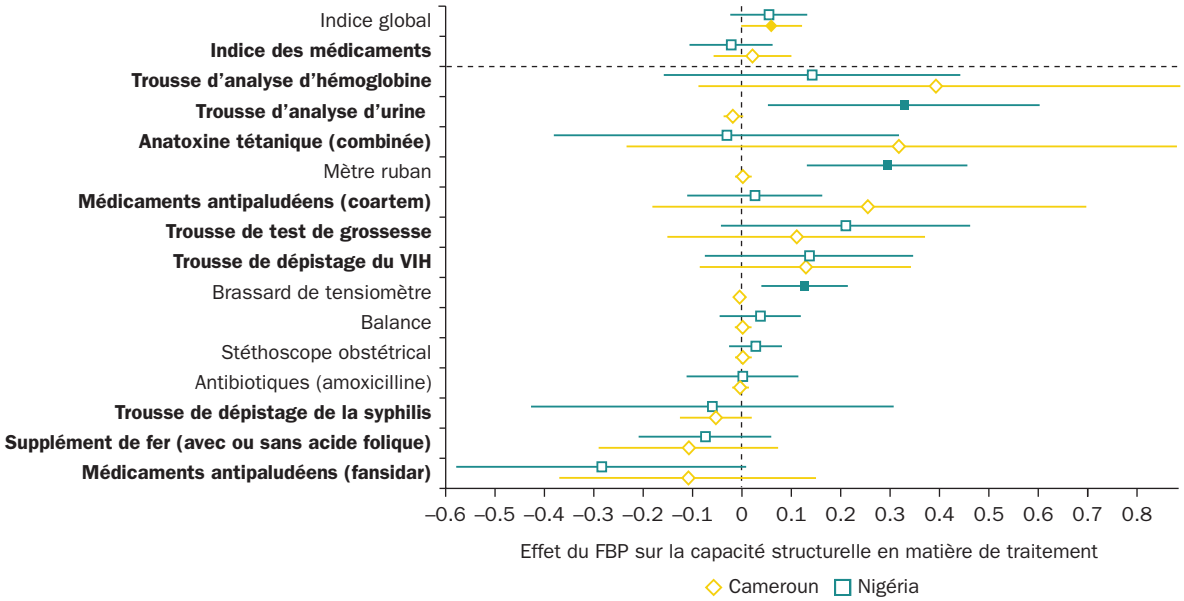
Principales conclusions concernant les incitations financières à la prestation de soins de santé primaires dans les pays à faible revenu

Dans une grande partie du monde, en particulier dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire, la tendance est à l'abandon de la rémunération des prestataires de soins de santé du secteur public par des incitations à faible impact comme les salaires et les budgets fixes des établissements en faveur d'incitations à fort impact alliant les salaires/budgets et les primes ainsi que des fonds axés sur les résultats alloués au niveau des établissements. Un exemple concret du Nigéria illustre le fonctionnement de ces interventions : incluant le financement direct et les incitations pour les agents de santé, un établissement pourrait recevoir 12 dollars pour chaque accouchement médicalisé, 1,20 dollar pour une visite prénatale et 0,80 dollar pour un enfant entièrement vacciné. En plus de cette rémunération liée à la performance, un projet FBP peut comprendre le transfert direct des budgets de fonctionnement aux établissements et l'octroi d'une autonomie d'utilisation de ces fonds, associés à l'obligation de rendre compte de l'utilisation des fonds à des fins de transparence et de responsabilité et, dans certains cas, de surveillance communautaire en vue de la promotion de la santé et d'une utilisation accrue des services. Bien sûr, ces projets fonctionnent en plus d'un système existant de financement principalement basé sur les intrants. La force de l'incitation dépend donc du niveau du financement de base, qui peut être un facteur important de l'impact du programme, mais qui n'a pu être quantifié faute de données suffisantes.

Le rapport commence par un aperçu rapide de la conception et des caractéristiques des modes de rémunération liée à la performance dans le domaine de la santé, en tirant largement parti de l'expérience des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire et en soulignant le potentiel de la rémunération liée à la performance pour améliorer l'effort des travailleurs. Ensuite, il aborde les données probantes des projets FBP. Il ressort des constations que, dans la plupart des contextes, les projets FBP ont entraîné des améliorations en termes de couverture. Souvent, il s'agit de l'accouchement médicalisé, mais les résultats montrent que l'aspect de la rémunération liée à la performance des projets FBP n'est probablement pas le moteur d'une telle amélioration.

Comme le montre la figure O.6, certains des effets les plus importants des projets FBP étudiés dans le rapport sont observés sur la qualité structurelle, c'est-à-dire la qualité des infrastructures et des équipements des établissements, aspects que la rémunération liée à la performance

Figure O.6 Effets du financement basé sur la performance sur la capacité physique des établissements au Cameroun et au Nigéria

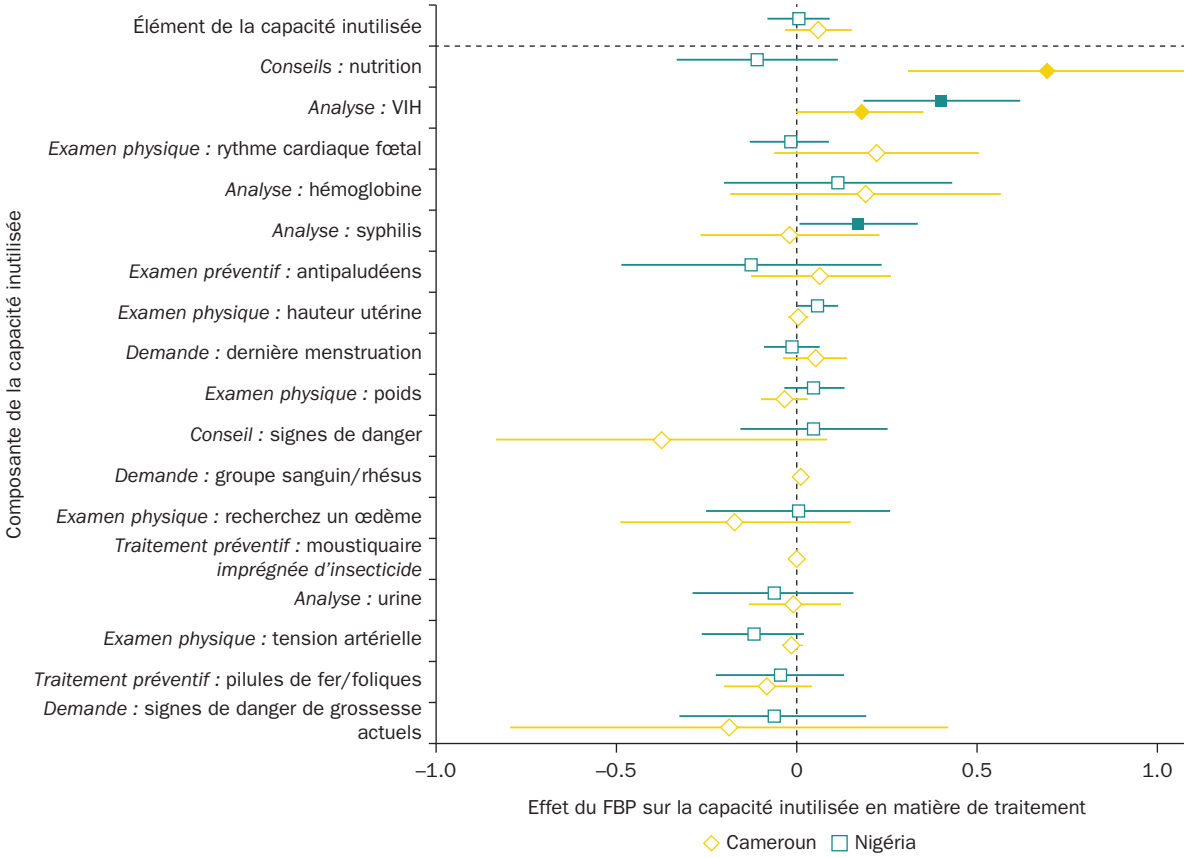


Sources : Banque mondiale, d'après Khanna et al. 2021 et de Walque et al. 2021.

Note : Les marqueurs pleins indiquent des estimations statistiquement significatives ($p < 0,05$) ; les marqueurs ouverts indiquent des estimations imprécises. Les traits autour des marqueurs représentent des intervalles de confiance à 95 %. Les composantes de l'indice des médicaments sont en **gras** le long de l'axe y. FBP = financement basé sur la performance.

n'affecterait sans doute pas. Conformément à la discussion sur les divers obstacles à la qualité, le rapport montre que les projets FBP ont de faibles effets sur la plupart des aspects de la capacité inutilisée, ce qui indique que ces projets ne peuvent guère améliorer la qualité médicale des soins au-delà des améliorations de la qualité structurelle (figure O. 7). En tout état de cause, comme le montre la figure O.7, les effets jugés significatifs du FBP sur la capacité inutilisée sont positifs. En d'autres termes, le FBP augmente certains aspects de la capacité inutilisée, ce qui signifie que les prestataires répondent au FBP en laissant de côté des aspects supplémentaires des soins

Figure O.7 Effets du financement basé sur la performance sur la capacité inutilisée – ou l'écart entre la connaissance et la capacité et les actions – au Cameroun et au Nigéria



Sources : Banque mondiale, d'après Khanna et al. 2021 et de Walque et al. 2021.

Note : Les marqueurs au-dessus de la ligne pointillée indiquent un effet récapitulatif. Les marqueurs pleins indiquent des estimations statistiquement significatives ($p < 0,05$) ; les marqueurs ouverts indiquent des estimations imprécises. Les traits autour des marqueurs représentent des intervalles de confiance à 95 %. FBP = financement basé sur la performance.

qu'ils pourraient exécuter. Toutefois, certains des premiers programmes FBP étudiés dans le rapport favorisaient uniquement la qualité structurelle plutôt que la qualité médicale ou celle des processus, tandis que les programmes pilotes ultérieurs favorisaient toutes les dimensions de la qualité. Le rapport présente un tel programme de « génération ultérieure » (dans l'encadré 6.1, au chapitre 6) mis en œuvre en République kirghize, qui a utilisé des modèles anatomiques pour dispenser une formation et pour assurer une supervision de soutien à la prestation correcte de soins maternels et néonatals à fort impact. L'évaluation de ce projet pilote a en effet révélé qu'une telle formation peut améliorer considérablement la qualité médicale.

Néanmoins, le fait que les effets relativement plus importants de nombreux projets FBP portent sur la qualité structurelle plutôt que sur la capacité inutilisée peut indiquer que l'aspect rémunération liée à la performance des projets FBP n'est pas un facteur déterminant des gains observés des projets FBP. Même dans l'exemple de la République kirghize, les effets de la formation sur la qualité apparaissent dans un domaine où aucune rémunération liée à la performance n'a été versée mais où seule la formation a été dispensée. Cette constatation remet en question le rapport coût-efficacité de ce mode particulier d'incitation financière visant à améliorer la santé. Le rapport trouve également des preuves mitigées mais limitées des effets sur l'équité, les projets FBP réduisant la disparité dans la qualité des soins reçus par les femmes riches et les femmes pauvres dans un cas, mais l'augmentant dans un autre.

De plus, on peut se demander si la rémunération liée à la performance fonctionne comme une incitation financière. Les données provenant de l'Argentine et du Nigéria indiquent que la rémunération liée à la performance peut surtout servir à signaler l'importance des services achetés. Ainsi, il est donc possible d'améliorer le rapport coût-efficacité des projets FBP s'il existe d'autres moyens d'améliorer les efforts entrepris en signalant cette importance plutôt qu'en offrant des incitations financières élevées qui nécessitent également une vérification par un tiers. Les coûts de vérification par un tiers peuvent augmenter considérablement les coûts globaux du programme – jusqu'à un tiers de tous les frais administratifs selon une estimation (Zeng et al. 2021) – mais ils peuvent être considérablement réduits grâce à l'utilisation d'algorithmes basés sur les risques (Grover, Bauhoff et Friedman 2019).

Le rapport met en garde, à partir de l'exemple des systèmes à coût élevé, que la rémunération liée à la performance peut entraîner une augmentation

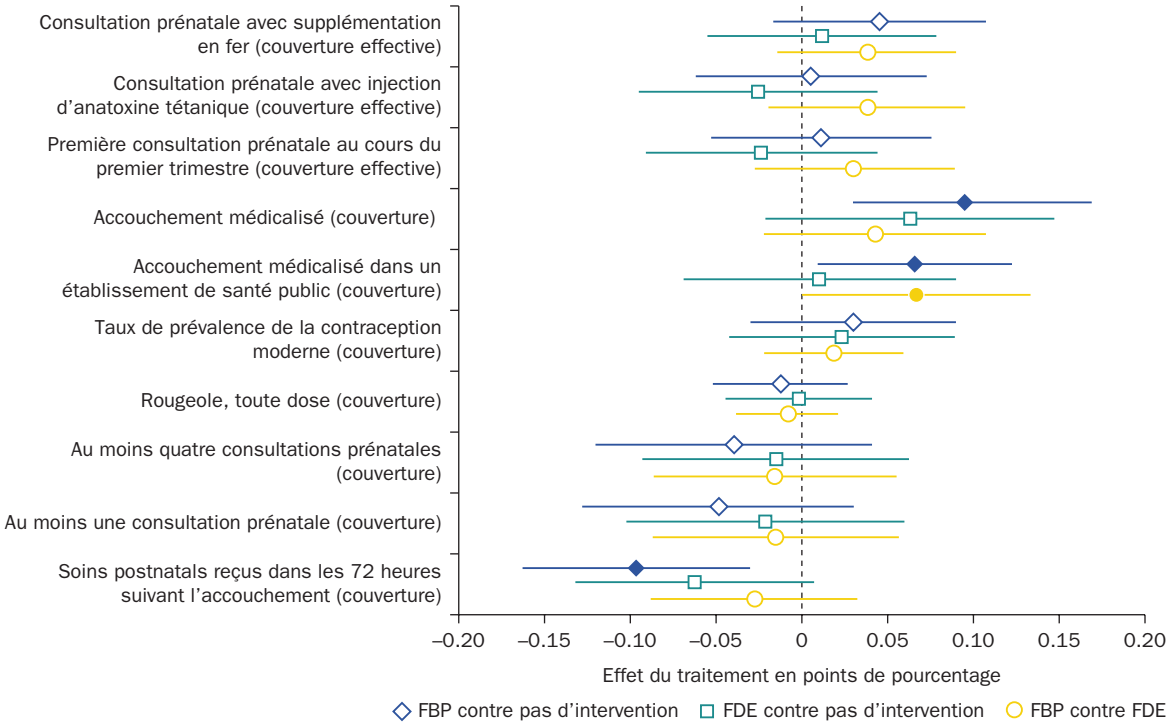
des soins inappropriés ou des traitements excessifs en réponse à des incitations pécuniaires inadaptées. Il présente des preuves primaires, à caractère limité en raison de problèmes de données, selon lesquelles ce type de réaction à la rémunération liée à la performance peut également se produire dans les systèmes de santé des pays à faible revenu. Outre le préjudice potentiel pour les patients, ou à tout le moins l'opportunité d'éviter un traitement inutile, la prestation d'un traitement inutile est également liée à la durabilité.

Rémunération liée à la performance et principales options alternatives liées à l'offre et à la demande

La documentation existante et le présent rapport mettent ainsi en évidence des gains de couverture et de qualité structurelle découlant de l'introduction des projets FBP, mais remettent en cause l'impact de l'aspect rémunération liée à la performance de ces projets. Cette constatation est étudiée plus avant en comparant les projets FBP avec le FDE. La principale différence entre ces deux modes de financement est précisément la composante rémunération liée à la performance ; ils partagent d'autres caractéristiques, notamment la réforme de la gestion des finances publiques, l'autonomie des établissements de santé, la décentralisation, la supervision de soutien pour les acteurs de première ligne et la participation des populations. Le FDE permet de transférer des fonds équivalents à ceux de la composante rémunération liée à la performance des projets FBP mais sans mécanisme de conditionnalité.

À partir des données harmonisées de cinq pays (Cameroun, Nigéria, Zambie, Zimbabwe et premier projet pilote du Rwanda) qui ont mis en œuvre une option de FDE (de Walque et al. 2021 ; Khanna et al. 2021 ; Friedman, Das et Mutasa 2017 ; Friedman et al. 2016 ; Basinga et al. 2011), on constate que souvent les projets FBP et FDE représentent des améliorations notables par rapport au statu quo pour faire progresser la transformation souhaitée des systèmes de santé. Toutefois, comme le montre la figure O.8, à l'exception des accouchements médicalisés, les projets FBP ne conduisent pas à des gains supplémentaires par rapport aux projets de FDE, même lorsque les décaissements au titre du FDE sont beaucoup moindres que l'ensemble du programme FBP. C'est une preuve supplémentaire que la rémunération liée à la

Figure 0.8 Comparaison de l'effet combiné du financement basé sur la performance et du financement sans conditions des établissements dans cinq pays d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Nigéria, Rwanda, Zambie et Zimbabwe)



Sources : Banque mondiale, d'après de Walque et al. 2022.

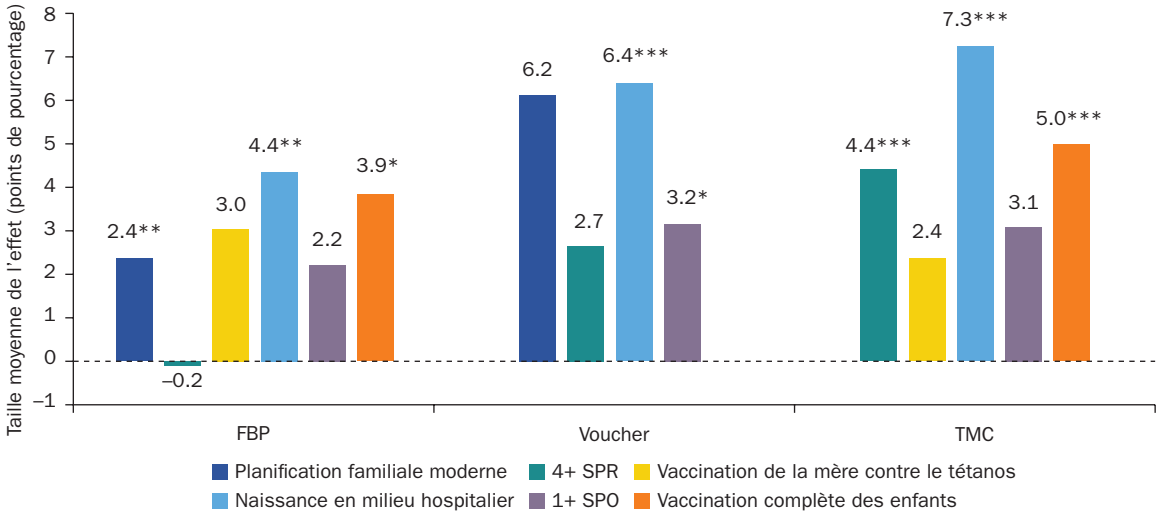
Note : Les marqueurs pleins indiquent des estimations statistiquement significatives (p < 0,05) ; les marqueurs ouverts indiquent des estimations imprécises. Les traits autour des marqueurs représentent des intervalles de confiance à 95 %. FBP = financement basé sur la performance; FDE = financement direct des établissements.

performance peut produire des résultats mitigés ou limités par rapport aux autres aspects des projets FBP, et remet en question la justification des incitations financières sous forme de rémunération liée à la performance dans les projets FBP. Dans le rapport, sont examinées plusieurs raisons qui pourraient expliquer pourquoi les accouchements médicalisés peuvent être plus sensibles aux interventions FBP qu'au FDE, y compris l'évaluation des différences dans la conception des programmes et l'importance relative du prix payé par rapport à l'importance de la tâche elle-même.

Une alternative aux incitations financières pour les agents de santé consiste à offrir des incitations liées à la demande, notamment des

programmes de transferts monétaires conditionnels, qui sont présents dans 64 pays, et les « vouchers », qui donnent aux bénéficiaires un accès gratuit ou subventionné aux services de santé pour lesquels les prestataires sont remboursés selon la facturation à l'acte. Neelsen et al. (2021) procèdent à un examen systématique et à une méta-analyse pour comparer les études sur les résultats sanitaires découlant des projets FBP, des programmes de « vouchers » et des transferts monétaires assortis de conditions. Avec les mises en garde nécessaires inhérentes à la méthodologie de la méta-analyse, les résultats, présentés dans la figure O.9, indiquent que les incitations financières, en moyenne, améliorent les indicateurs des services de santé maternelle et infantile, mais que les tailles moyennes des effets sont modestes, se situant entre 2 et 7 points de pourcentage. Les projets FBP (qui offrent de telles incitations ainsi que de nombreuses autres caractéristiques) ont un effet moyen positif significatif sur la pratique de la planification familiale moderne, les naissances en milieu hospitalier, la vaccination contre le tétanos maternel et la vaccination des enfants, mais pas sur les consultations prénatales ou postnatales.

Figure O.9 Effets du FBP, des « vouchers » et des transferts monétaires conditionnels sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile : résultats d'une méta-analyse



Source : Neelsen et al. 2021.

Note : SPR = soins prénatals; TMC = transferts monétaires conditionnels; FBP = financement basé sur la performance; SPO = soins postnatals.

***$p < .01$, **$p < .05$, *$p < 0.1$.

Une comparaison des incitations liées à l'offre et celles liées à la demande montre que les effets moyens sont similaires en taille et en importance qu'il s'agisse des projets FBP, des « vouchers » ou des transferts monétaires conditionnels. Ce n'est que pour les consultations prénatales qu'il existe une différence statistiquement significative entre les tailles d'effet entre ces types d'intervention, les transferts monétaires conditionnels étant nettement plus efficaces que les projets FBP et les « vouchers ». La similitude globale des tailles d'effet souligne la nécessité d'une analyse coûts-avantages puisque chacun de ces trois modes d'incitations financières s'accompagne de coûts de mise en œuvre différents. L'analyse des coûts et du coût-efficacité des programmes FBP est une nouveauté (voir Zeng et al. (2018) et Shepard et al. (2020) pour des exemples) et il existe très peu d'études comparatives sur les coûts. Néanmoins, le choix de programmes précis, qu'ils soient mis en œuvre individuellement ou en combinaison, doit être guidé avant tout par la nature de l'obstacle à l'utilisation et à la fourniture des services (un sujet traité dans l'encadré O.1.). Un transfert monétaire conditionnel n'aurait pas d'effet s'il n'y a pas d'établissement de santé, et un programme FBP n'aurait aucun effet si les patients ne peuvent pas payer pour obtenir des soins dans un établissement de santé.

Encadré O.1 Point de mire : éléments d'action pour les équipes travaillant sur la réforme du financement de la santé

Le rapport présente des données montrant que la performance du système de santé peut s'améliorer considérablement lorsque l'autonomie financière et de gestion est accordée directement aux prestataires de santé. Ce financement direct exige non seulement que les établissements de santé bénéficient d'un transfert de ressources, mais aussi qu'ils soient tenus responsables de la prestation de services et d'une gestion financière prudente. Dans le même temps, le rapport met en doute la nécessité de recourir à la rémunération liée à la performance comme point de départ de la réforme du financement de la santé dans les milieux défavorisés. Le rapport pourrait donc soulever des questions raisonnables quant à la manière dont les décideurs peuvent concevoir une réforme du financement de la santé qui permette de financer directement les prestataires de services de santé, d'une manière transparente et responsable, et en n'utilisant les options de rémunération liée à la performance que lorsqu'elles sont soigneusement contextualisées.

Cet encadré rassemble diverses conclusions pertinentes issues de l'ensemble du rapport en vue de fournir des éléments d'action aux équipes travaillant sur des projets de réforme du financement de la santé visant à améliorer la couverture effective des

(suite)

Encadré 0.1 *suite*

soins de santé primaires dans les pays à faible revenu de manière durable et évolutive. Ces actions sont globalement classées en quatre étapes : diagnostics pour déterminer les obstacles à des soins de grande qualité, définition des options pertinentes, questions concernant la durabilité et l'évolutivité des interventions liées à l'offre, et mesure.

Diagnostics pour déterminer les obstacles à des soins de grande qualité

Les équipes qui conçoivent des projets de financement de la santé peuvent tirer parti du suivi des indicateurs suivants à l'avance, dans le but de décider si la rémunération liée à la performance est appropriée pour l'un ou l'autre des indicateurs ciblés par le projet :

1. Dans quelle mesure les taux de couverture et de couverture effective sont-ils différents pour les indicateurs clés ?
   a. À l'aide de l'enquête démographique et sanitaire ou d'autres données sur les ménages représentatives au niveau national, calculer la couverture et la couverture effective pour les indicateurs d'intérêt.
   b. Les indicateurs qui présentent les écarts les plus importants entre la couverture et la couverture effective peuvent représenter des solutions à portée de main pour les projets de santé axés sur les améliorations de la qualité à cibler.
2. Quels sont les niveaux de couverture de base ?
   a. Comme le montre le chapitre 6, la rémunération liée à la performance peut ne pas avoir beaucoup de sens dans les zones desservies et pour les indicateurs où les niveaux de couverture sont déjà très élevés.
   b. Des niveaux de couverture particulièrement faibles peuvent révéler des problèmes liés à la demande, ce qui indique que les « vouchers » et les transferts monétaires ont un rôle à jouer.
   c. Les équipes peuvent donc envisager d'utiliser des incitations liées à la demande pour augmenter la demande des services essentiels les moins utilisés, puis mettre à l'essai de faibles niveaux de rémunération liée à la performance pour des indicateurs choisis.
   d. Le mieux pour la rémunération liée à la performance serait les indicateurs où l'usage de base peut être amélioré mais n'est pas si faible qu'il indique des obstacles liés à la demande.
3. Existe-t-il des lacunes en matière de capacité structurelle à fournir des services de santé essentiels ?
   a. Quels sont les articles essentiels (matériel, fournitures, médicaments et autres consommables) nécessaires pour fournir les services voulus ?
   b. Sont-ils disponibles et stockés conformément aux directives dans les établissements de première ligne ?
4. De même, y a-t-il des lacunes dans les connaissances des prestataires pour la prestation des services de santé essentiels ?
   a. Dans l'affirmative, à quel niveau ces lacunes sont-elles généralement traitées ?
   b. Les programmes d'enseignement des écoles de médecine peuvent être plus lents à mettre à jour, mais des modules de formation continue peuvent complé-

(suite)

Encadré 0.1 *suite*

ter la formation médicale formelle dans certains cas.

5. Pour les indicateurs pour lesquels la rémunération liée à la performance peut être envisagée, quelle est la capacité inutilisée, c'est-à-dire la partie des soins qui auraient pu être fournis compte tenu des connaissances des agents de santé et de l'infrastructure de l'établissement de santé, mais qui ne sont pas dispensés par le prestataire ?
   a. La rémunération liée à la performance n'a de sens que pour les indicateurs qui ont un degré élevé de capacité inutilisée.
   b. Si la capacité inutilisée n'explique pas les mauvais résultats pour un indicateur, d'autres approches, dont le financement des établissements et les incitations liées à la demande, peuvent être plus logiques.
6. Le pays a-t-il la capacité de financer directement les établissements au moyen des systèmes de gestion des finances publiques en vigueur ?
   a. Mettre en œuvre le diagnostic proposé par Piatti-Fünfkirchen, Hadley et Mathivet (2021).

Définition des options pertinentes

Adopter une approche globale des systèmes de santé :

- Recenser les différents flux de financement de toutes sources et s'assurer qu'ils sont complémentaires.
- La question pratique ne devrait pas être « choisir le financement basé sur la performance (FBP) ou le financement direct des établissements (FDE) », mais plutôt comment, toutes sources confondues, les établissements sont rémunérés et à quoi ressemblerait une structure incitative méthodique.
- Les options liées à la demande, lorsque cela est possible, peuvent être combinées à des interventions liées à l'offre car elles traitent un ensemble de problèmes différent que le FBP ou le FDE.

Extensibilité et durabilité des interventions liées à l'offre

Lorsque les programmes liés à l'offre semblent les plus opportuns, ou dans le contexte où de tels programmes sont en place depuis un certain temps, voici quelques questions à poser sur l'extensibilité et la durabilité des interventions :

1. Si les établissements ne disposent pas d'un budget sous leur contrôle, que faut-il faire pour leur envoyer directement les financements ? Cela peut nécessiter une réforme des politiques et du cadre juridique. Les options peuvent inclure les éléments suivants :
   - Mettre en place des subventions globales destinées aux établissements (comme c'est le cas au Burkina Faso).
   - Considérer les établissements comme des fournisseurs et les payer de la même manière que les prestataires de services privés seraient remboursés (comme c'est le cas en Ouganda).
   - Inscrire les établissements au budget en tant qu'unités de dépenses spécialisées (comme c'est la cas en Tanzanie).
   - Considérer les établissements comme des services extrabudgétaires qui reçoivent des transferts de fonds intergouverne-

(suite)

Encadré 0.1 *suite*

mentaux (cette option est plus appropriée pour les grands hôpitaux et se pratique dans de nombreux pays, par exemple au Rwanda).

2. Si les achats sont centralisés, envisager des options de budgets fictifs pour les établissements aux ressources limitées lorsque les établissements achètent des intrants à partir d'un dépôt central à un prix réduit.
   - o Recourir aux options permettant d'acheter des médicaments d'urgence auprès du secteur privé si ceux-ci ne sont pas disponibles autrement.
3. Si les établissements de première ligne ne reçoivent pas de visites régulières de supervision et d'appui, envisager d'ajouter des visites de l'équipe de santé du district. Les visites de vérification dans le cadre des essais au titre du FBP offrent un bon modèle pour cette supervision, même si elle est dissociée de la rémunération liée à la performance.
4. S'il n'y a pas de contrôle communautaire, envisager d'associer la population à la gestion des établissements, par exemple en ayant recours à des fiches d'évaluation des citoyens et en organisant des réunions avec les comités de développement des villages.
5. Si le paiement des salaires accuse des retards importants, envisager des réformes du système de suivi des dépenses publiques pour faire en sorte que les salaires soient davantage versés en temps voulu.
6. Étudier les innovations de technologie financière, telles que l'argent mobile, en vue de faciliter les paiements aux prestataires des lieux reculés tout en laissant une empreinte numérique de la transaction.
7. Renforcer la capacité de gestion financière de base au niveau des établissements pour assurer la responsabilité financière et renforcer la confiance dans l'utilisation prudente des ressources par les institutions financières.
8. La rémunération liée à la performance n'est pas le seul moyen d'axer les paiements aux prestataires sur les résultats : la taille et la composition de la population desservie, la charge de morbidité et l'éloignement peuvent être mis à profit pour répondre aux besoins essentiels sans la rémunération liée à la performance.
   - o La rémunération liée à la performance doit être considérée minutieusement et ajoutée uniquement de façon marginale une fois qu'un système de paiement fonctionnel est en place.
   - o Utiliser la rubrique sur le diagnostic ci-dessus pour déterminer les indicateurs potentiels pour la rémunération liée à la performance ou la facturation à l'acte.
9. Comment établir correctement la séquence des interventions :
   - o Les équipes souhaiteront peut-être commencer par 18 à 24 mois d'interventions liées à la demande associées au FDE.
   - o L'argent mobile, les portails et les tableaux de bord peuvent servir aux fins de responsabilisation, mais ils peuvent également être utilisés pour commencer à changer l'orientation des établissements et du personnel de première ligne en une orientation plus axée sur les résultats.
   - o Répéter l'exercice de diagnostic, puis déterminer s'il est judicieux d'ajouter la rémunération liée à la performance pour l'un ou l'autre des indicateurs.

(suite)

Encadré 0.1 *suite*

Mesure

Ce rapport et ces éléments d'action soulignent combien il importe de disposer de bonnes données au niveau des ménages et des établissements de santé.

1. Les recensements nationaux des établissements de santé qui comportent au moins un échantillon représentatif de prestataires privés représentent des investissements importants mais fournissent une mine de détails.
2. L'enquête démographique et sanitaire et d'autres enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national peuvent être exploitées pour suivre la couverture et la couverture effective.
3. Les enquêtes démographiques et sanitaires, l'évaluation de la prestation de services et les indicateurs de prestation de services fournissent une multitude de données utiles sur la capacité structurelle des établissements de santé de première ligne représentatifs.
4. Il faut suivre les soins non pertinents, pas seulement la fourniture insuffisante des soins nécessaires. Comme le souligne le rapport, les incitations mal harmonisées accordées au moyen de la rémunération liée à la performance font peser la menace de la fourniture de soins non pertinents, ce qui a des incidences pour le bien-être des patients et le coût-efficacité du système de santé.
5. Mesurer la qualité médicale peut être délicat. Les observations directes coûtent cher, mais elles donnent des images détaillées de la prestation des soins. Lorsqu'ils sont disponibles, les tableaux de bords prospectifs et d'autres données régulièrement suivies signalées sur les portails de FBP peuvent fournir des informations précieuses.
6. Les données administratives provenant des registres de naissance et d'autres registres d'état civil peuvent fournir des données régulièrement mises à jour sur les résultats de santé.

Perspectives d'avenir : incidences pour la recherche et sur le plan opérationnel

Les données factuelles examinées dans le rapport montrent que les incitations liées à l'offre, en particulier la rémunération liée à la performance pour les agents et établissements de santé de première ligne, peuvent donner des résultats limités, mais l'objectif visé par le financement des acteurs de première ligne n'est pas marginal. La question est de savoir comment atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle de manière durable, effective et efficace. Le fait que la rémunération liée à la performance soit explicitement axée sur les résultats pourrait la rendre plus acceptable sur le plan politique. Il est probable que ce lien avec les résultats et la transparence ait attiré des financements indispensables de donateurs, notamment pour la

recherche sur laquelle s'appuie ce rapport. Mais le rapport souligne également l'importance du cadre institutionnel dans lequel la réforme est mise en œuvre. Il n'y a guère de données pour étayer la rémunération liée à la performance dans les systèmes de santé centralisés, aux ressources insuffisantes et sans financement, alors que d'autres aspects des réformes liées à l'autonomie, à la transparence et à la responsabilité dans les projets FBP et FDE ont entraîné des améliorations notables des résultats sanitaires par rapport au statu quo. Les ressources apportées aux acteurs de première ligne par le biais des projets FBP ont considérablement amélioré la qualité structurelle des établissements de soins de santé primaires.

Il se pose donc la question de savoir quelle est la valeur de la rémunération liée à la performance par rapport à ses avantages limités. La rémunération liée à la performance nécessite une vérification, qui est complexe et peut être coûteuse à mettre en œuvre. Dans un exemple, les coûts ont été estimés à environ 20 % de tous les frais administratifs (Zeng et al. 2021). Si les algorithmes de vérification basés sur les risques peuvent réduire ces coûts, d'autres mesures, comme les tableaux de bord et les plans d'activité (comme dans les programmes FDE), peuvent offrir un dispositif de responsabilité et une transparence similaires, mais à moindre coût et avec une plus grande simplicité. En outre, les coûts de la rémunération liée à la performance peuvent être imprévisibles pour le gouvernement et l'établissement de santé, ce qui rend la rémunération liée à la performance difficile à transposer à grande échelle à moins qu'elle ne soit bien alignée sur le système de gestion des finances publiques du gouvernement. Cela soulève également des questions sur sa pérennité. Bien sûr, le FDE peut également nécessiter un alignement sur les systèmes de gestion des finances publiques – par exemple, faire reconnaître les établissements de santé comme des unités de dépense dans les comptes n'est pas toujours un processus simple – mais le FDE n'est pas soumis à l'imprévisibilité budgétaire rencontré lors de la mise à l'échelle des programmes FBP.

Il va sans dire que les options visant à améliorer les services de santé grâce à des incitations financières se placent sur un continuum. Par exemple, une option à faible coût peut consister à identifier les zones où la demande de base est particulièrement faible pour certains types de services, à assurer un niveau minimum de qualité des soins dans un établissement public, en ayant recours au financement direct, suivi par des transferts monétaires au niveau des ménages pour voir dans quelle mesure ils augmentent un indicateur donné, et seulement ensuite envisager la rémunération liée à la performance des agents et établissements de santé de première ligne.

L'avenir de la rémunération liée à la performance comme l'un des modes de financement de la santé parmi un arsenal de plusieurs options ne devrait pas tenir à la question de savoir si « oui » ou « non » elle peut être appliquée mais plutôt «comment » et « dans quel ordre ». L'encadré O.1 explique en détail comment les équipes de travail pourraient aborder ces questions.

Le chapitre 8 examine l'avenir des méthodes de renforcement des systèmes de santé, y compris le FBP et le FDE. Les programmes FBP offrent un dispositif solide de responsabilité à l'égard des donateurs extérieurs, ce qui a probablement contribué à leur popularité. Ces programmes intègrent des innovations importantes au-delà de la rémunération liée à la performance, dont la responsabilité et la transparence liées à la décentralisation et au financement des acteurs de première ligne. Dans les contextes où les mécanismes de paiement tels que le FDE semblent plus appropriés, comme indiqué dans l'encadré O.1, les décideurs peuvent souhaiter incorporer des mesures de redevabilité qui satisfont aux exigences des donateurs en matière de communication de l'information. C'est particulièrement le cas dans les pays fortement dépendants des donateurs où l'on pourrait affirmer que, du moins à court terme, les programmes FBP servent d'outil pour assurer un meilleur alignement des donateurs à un ensemble de services, bien plus qu'un outil pour changer la fonction de paiement du prestataire public. Ainsi, une réforme durable du financement de la santé peut ne pas intégrer la rémunération liée à la performance et conserver d'autres aspects importants des interventions FBP.

Le rapport se termine au chapitre 8 par un examen des idées opérationnelles tirées des données factuelles présentées. Quatre messages principaux émergent des conclusions qui y sont présentées pour la conception d'une réforme du financement de la santé qui soit durable et extensible. Premièrement, la durabilité ne se limite pas à l'argent, le risque et l'incertitude pouvant rendre les interventions non durables même si le financement est disponible. Deuxièmement, les établissements de santé peuvent souvent bénéficier d'une autonomie budgétaire, d'une flexibilité et de systèmes de paiement unifiés, et leurs budgets peuvent être axés sur les résultats sans être liés à la rémunération liée à la performance. Troisièmement, la rémunération liée à la performance doit se justifier dans le contexte plus large du système de santé — en d'autres termes, une partie substantielle des obstacles à la qualité doit relever du contrôle de l'agent de santé ; le système de gestion des finances publiques devrait avoir un moyen d'effectuer et, si nécessaire, d'étendre les paiements au titre de la rémunération liée à la performance ; une unité d'achat, dédiée ou non, doit exister ; et la structure

budgétaire doit être en mesure de gérer l'imprévisibilité de la rémunération liée à la performance. Quatrièmement, les nouvelles technologies peuvent être utilisées pour réduire les coûts de mise en œuvre des modes de rémunération liée à la performance. Par exemple, les paiements mobiles aux établissements peuvent aider à mettre en œuvre la réforme du dispositif de responsabilité nécessaire parallèlement à la décentralisation et au financement direct des établissements de santé de première ligne. Le rapport appelle à la collecte et à l'analyse de données pour suivre les obstacles à une couverture effective et à la conception d'interventions de financement de la santé fondées sur ces données.

La conception d'incitations financières dans les soins de santé et la meilleure façon de mesurer la qualité des soins à grande échelle pour soutenir ces programmes d'incitations constituent un problème difficile dans lequel des questions ouvertes demeurent. Même si de nombreuses questions restent sans réponse, le rapport présente des travaux de recherche qui mettent en évidence les limites des interventions FBP complexes, en particulier par rapport aux options « plus légères » comme le FDE. Les travaux de recherche examinés dans ce rapport montrent que la réforme du financement de la santé peut – en fait, devrait – inclure la responsabilité et la transparence même si elle n'inclut pas la rémunération liée à la performance. Le rapport examine plusieurs méthodes rigoureuses de mesure de la qualité et de l'efficacité des soins et propose des réflexions sur l'intensification de cette mesure. Les travaux de recherche rassemblés ici démontrent également combien il importe d'établir les éléments fondamentaux : la décentralisation, le financement des premières lignes et l'incitation à l'utilisation des services de santé préventifs peuvent être des réformes significatives en soi. Cela dit, dans tous les pays étudiés, il reste encore beaucoup à faire pour de nombreuses mesures de la performance du système de santé. Alors que les pays cherchent à tirer parti de la réforme du financement de la santé pour se doter de systèmes de santé de grande qualité, le rapport fait valoir qu'il est nécessaire d'élargir la gamme d'options, y compris, mais sans s'y limiter, le FBP, qui peut aider les pays à surmonter tous les obstacles auxquels ils se heurtent pour améliorer la couverture effective.

Note

1. Initialement, 36 évaluations d'impact des programmes pilotes FBP dans le domaine de la santé ont été financées, mais à notre connaissance, seulement 25 ont été ou devraient être achevées (https://www.rbfhealth.org/impact).

Bibliographie

Basinga, P., P. J. Gertler, A. Binagwaho, A. L. Soucat, J. Sturdy, and C. M. Vermeersch. 2011. "Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health-Care Providers for Performance: An Impact Evaluation." *The Lancet* 377 (9775): 1421–28.

Carroli, G., C. Rooney, and J. Villar. 2001. "How Effective Is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity? An Overview of the Evidence." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15: 1–42.

Das, J., J. Hammer, and K. Leonard. 2008. "The Quality of Medical Advice in Low-Income Countries." *Journal of Economic Perspectives* 22 (2): 93–114.

de Walque, D., P. J. Robyn, H. Saidou, G. Sorgho, and M. Steenland. 2021. "Looking into the Performance-Based Financing Black Box: Evidence from an Impact Evaluation in the Health Sector in Cameroon." *Health Policy and Planning* 36 (6): 835–47.

Doran, T., C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh, and M. Roland. 2006. "Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom." *New England Journal of Medicine* 355 (4): 375–84.

Eichler, R., and R. Levine. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, DC: Center for Global Development.

Fink, G., E. Kandpal, and G. Shapira. 2022. "Inequality in the Quality of Health Services: Wealth, Content of Care, and Price of Antenatal Consultations in the Democratic Republic of Congo." *Economic Development and Cultural Change*. https://doi.org/10.1086/713941.

Friedman, J., A. Das, and R. Mutasa. 2017. "Rewarding Provider Performance to Improve Quality and Coverage of Maternal and Child Health Outcomes: Zimbabwe Results-Based Financing Pilot Program: Evidence to Inform Policy and Management Decisions." World Bank, Washington, DC.

Friedman, J., J. Qamruddin, C. Chansa, and A. K. Das. 2016. "Impact Evaluation of Zambia's Health Results-Based Financing Pilot Project." World Bank, Washington, DC.

Fritsche, G. B., R. Soeters, and B. Meessen. 2014. *Performance-Based Financing Toolkit*. Washington, DC: World Bank.

Gergen, J., E. Josephson, M. Coe, S. Ski, S. Madhavan, and S. Bauhoff. 2017. "Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs across 28 Countries." *Global Health: Science and Practice* 5 (1): 90–107.

Grover, D., S. Bauhoff, and J. Friedman. 2019. "Using Supervised Learning to Select Audit Targets in Performance-Based Financing in Health: An Example from Zambia." *PloS One* 14 (1): e0211262.

Hernández-Díaz, S., M. M. Werler, A. M. Walker, and A. A. Mitchell. 2000. "Folic Acid Antagonists during Pregnancy and the Risk of Birth Defects." *New England Journal of Medicine* 343 (22): 1608–14.

Ibnat, F., K. L. Leonard, L. Bawo, and R. L. Mohammed-Roberts. 2019. "The Three-Gap Model of Health Worker Performance." Policy Research Working Paper 8782, World Bank, Washington, DC.

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2020. *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington. http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare.

Kassebaum, N., A. Bertozzi-Villa, M. Coggeshall, K. A. Shackelford, C. Steiner, K. R. Heuton, D. Gonzalez-Medina, et al. 2014. "Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality during 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *The Lancet* 384 (9947): 980–1004.

Khanna, M., B. Loevinsohn, E. Pradhan, O. Fadeyibi, K. McGee, O. Odutolu, G. Fritsche, et al. 2021. "Decentralized Facility Financing versus Performance-Based Payments in Primary Health Care: A Large-Scale Randomized Controlled Trial in Nigeria." *BMC Medicine* 19: Article 224. https://doi.org/10.1186/s12916-021-02092-4.

Kruk, M. E., A. D. Gage, N. T. Joseph, G. Danaei, S. García-Saisó, and J. A. Salomon. 2018. "Mortality Due to Low-Quality Health Systems in the Universal Health Coverage Era: A Systematic Analysis of Amenable Deaths in 137 Countries." *The Lancet* 392 (10160): 2203–12. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4.

Kwan, A., B. Daniels, S. Bergkvist, V. Das, M. Pai, and J. Das. 2019. "Use of Standardised Patients for Healthcare Quality Research in Low- and Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 4 (5): e001669. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001669.

Lopez, C., A. Sautmann, and S. Schaner. 2022. "Does Patient Demand Contribute to the Overuse of Prescription Drugs?" *American Economic Journal: Applied Economics* 14 (1): 225–60.

Mills, A. 2014. "Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries." *New England Journal of Medicine* 370 (6): 552–57.

Neelsen, S., D. de Walque, J. Friedman, and A. Wagstaff. 2021. "Financial Incentives to Increase Utilization of Reproductive, Maternal and Child Health Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." Policy Research Working Paper 9793, World Bank, Washington, DC.

Peters, P. J., M. C. Thigpen, M. E. Parise, and R. D. Newman. 2007. "Safety and Toxicity of Sulfadoxine/Pyrimethamine: Implications for Malaria Prevention in Pregnancy Using Intermittent Preventive Treatment." *Drug Safety* 30 (6): 481–501.

Piatti-Fünfkirchen, M., S. Hadley, and B. Mathivet. 2021. "Alignment of Performance-Based Financing in Health with the Government Budget: A Principle Based Approach." Health, Nutrition, and Population Discussion Paper, World Bank, Washington, DC.

Shepard D., W. Zeng, R. Mutasa, A. Das, C. Sisimayi, S. Shamu, S. Banda, and J. Friedman. 2020. "Cost-Effectiveness of Results-Based Financing of Maternal and Child Health Services in Zimbabwe: A Controlled Pre-Post Study." *Journal of Hospital Management and Health Policy* 4 (32). https://doi.org/10.21037/jhmhp-20-84.

Wagstaff, A., C. Bredenkamp, and L. R. Buisman. 2014. "Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind?" *World Bank Research Observer* 29 (2): 137–62.

WHO (World Health Organization). 2020. *Improving Child Survival and Mortality.* Geneva: WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality.

Zeng, W., D. Shepard, H. Nguyen, C. Chansa, A Das, J. Qamruddin, and J. Friedman. 2018. "Cost-Effectiveness of Results-Based Financing, Zambia: A Cluster Randomized Trial." *Bulletin of the World Health Organization* 96 (11), 760.

Zeng, W., E. Pradhan, M. Khanna, O. Fadeyibi, G. Fritsche, and O. Odutolu. 2021. "Cost-Effectiveness Analysis of the Decentralized Facility Financing and Performance-Based Financing Program in Nigeria." *Journal of Hospital Management and Health Policy*. doi:10.21037/jhmhp-20-82.

ECO-AUDIT

Déclaration des avantages environnementaux

Le Groupe de la Banque mondiale s'est engagé à réduire son empreinte environnementale. À l'appui de cet engagement, nous exploitons des moyens d'édition électronique et des outils d'impression à la demande installés dans des centres régionaux à travers le monde. Ensemble, ces initiatives permettent une réduction des tirages et des distances de transport, ce qui se traduit par une baisse de la consommation de papier, de l'utilisation de produits chimiques, des émissions de gaz à effet de serre et des déchets.

Nous suivons les normes relatives à l'utilisation du papier recommandées par l'Initiative Green Press. La plupart de nos livres sont imprimés sur du papier certifié par le Forest Stewardship Council (FSC) et contenant entre 50 et 100 % de fibre recyclée dans la quasi-totalité des cas. Cette fibre est soit écrue, soit blanchie à l'aide d'un procédé totalement sans chlore (TCF), d'un traitement sans chlore (PCF) ou d'un blanchiment sans chlore élémentaire amélioré (EECF).

D'autres informations sur les principes environnementaux de la Banque sont disponibles sur le site http://www.worldbank.org/corporateresponsibility.

green press INITIATIVE

Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, la couverture sanitaire s'est considérablement améliorée au cours des deux dernières décennies, mais pas les résultats en matière de santé. Ainsi, la couverture effective – une mesure de la prestation de services qui répond à une norme minimale de qualité – demeure à un niveau inacceptable. Le rapport *Améliorer la couverture effective en matière de santé* examine une approche particulière visant à améliorer la couverture effective : les incitations financières sous la forme d'un financement basé sur la performance (FBP), une réforme globale qui comprend généralement la rémunération liée à la performance pour les agents de santé de première ligne ainsi que l'autonomie des établissements, la transparence et l'engagement communautaire.

Ce rapport de recherche s'appuie sur un vaste ensemble d'études rigoureuses et de nouvelles analyses. Par rapport au statu quo, dans les pays à faible revenu dotés de systèmes de santé centralisés, le FBP peut entraîner des gains substantiels en matière de couverture effective. Toutefois, les avantages relatifs du FBP – la composante rémunération liée à la performance en particulier – sont moins clairs lorsqu'il est comparé à deux autres approches, à savoir : le financement direct des établissements, qui permet d'octroyer des budgets de fonctionnement aux services de santé de première ligne en accordant aux établissements l'autonomie en matière d'allocations budgétaires, mais sans rémunération liée à la performance ; et le soutien financier lié à la demande pour les services de santé (c'est-à-dire les transferts monétaires conditionnels et les vouchers). Bien que le FBP se traduise souvent par des améliorations marginales, combler les lacunes importantes de la couverture sanitaire effective n'est pas encore à la portée de nombreux pays. Néanmoins, d'importantes leçons et expériences tirées de la mise en œuvre du FBP au cours de la dernière décennie peuvent orienter le financement de la santé à l'avenir. En particulier, pour réussir, la réforme du financement de la santé devra sans doute moins se focaliser sur la rémunération à la performance tout en conservant les éléments de financement direct des établissements, l'autonomie, la transparence et l'engagement communautaire.

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

SKU 33525